

*«Hvordan kan veiledning og undervisning bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?»*

Kandidatnummer: 60 & 30  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie  
Emne 14

Antall ord: 8830  
Dato: 19.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
<u>Tittel:</u> Hvordan kan veiledning og undervisning bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt?	
<u>Problemstilling</u> <i>“Hvordan kan veiledning og undervisning bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt?”</i>	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Som teoretisk perspektiv tar oppgaven utgangspunkt i sykepleiers veiledende og undervisende funksjon, og belyser kronisk hjertesvikt og sykdommens påvirkning på pasientens livskvalitet. Den didaktiske relasjonsmodellen beskrives og benyttes i drøftedelen.	
<u>Metode</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Den bygger på teoretisk, forskningsbasert og noe erfaringsbasert kunnskap fra praksis. I tillegg anvendes pensumlitteratur, fagartikler, lovverk, forskningsartikler, yrkesetiske retningslinjer og offentlige publikasjoner.	
<u>Drøfting</u> Gjennom drøftedelen har vi benyttet oss av forskning- og faglitteratur, samt pensumlitteratur og andre relevante kilder. Dette for å besvare problemstillingen vår som tar utgangspunkt i veiledning og undervisning for å fremme livskvalitet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Vi har tatt utgangspunkt i pasientens informasjonsbehov og drøftet hvordan sykepleier kan utforme et undervisningsprogram, hvilket innhold som er av betydning og ulike hensyn som må tas for å øke pasientens kunnskapsnivået og dermed bedre livskvaliteten.	
<u>Konklusjon</u> Funnene i oppgaven viser at ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen, kan sykepleier gi optimal veiledning og undervisning på hjertepoliklinikk. Kronisk hjertesvikt påvirker alle aspekter av livskvalitet, og en forutsetning for ivaretagelse av egenomsorg er økt sykdomsforståelse. Med dette ses symptommestring, medikamentell etterlevelse og tidlig intervensjoner ved eksaserbasjon som viktige momenter under veiledningens innhold.	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn for valg av tema.....</b>	<b>1</b>
1.2	Presisering av problemstilling .....	1
1.3	Kontekst.....	2
1.4	Målgruppe og avgrensning .....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Kronisk hjertesvikt og symptomers påvirkning på pasienten.....	4
2.2	Mestring av symptomer .....	5
2.3	Pasientens livskvalitet.....	5
2.4	Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon.....	6
2.5	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	7
2.6	Relevans i forhold til lovverk.....	8
2.7	Yrkesetikk for sykepleiere .....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Valg av metode.....	10
3.2	Søketabell.....	10
3.3	Søkehistorikk.....	11
3.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.5	Kildekritikk og annen relevant litteratur .....	13
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>15</b>
4.1	Forskningsresultater.....	15
4.2	Artikkelmatrise .....	15
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Pasientens forutsetninger for veiledning .....	18
5.2	Rammefaktorer som kan påvirke veiledning.....	20
5.3	Målsetting for veiledning .....	21
5.4	Hva bør veiledningen inneholde? .....	22
5.4.1	Ernæring og væskerestriksjoner .....	22
5.5	Symptomhåndtering og observasjon av forverring.....	24
5.5.1	Ødemutvikling.....	24
5.5.2	Utvikling av dyspné.....	24
5.5.3	Pasientens fysiske funksjon.....	25
5.5.4	Veiledning knyttet til psykososiale utfordringer .....	26
5.5.5	Legemiddelbehandling og etterlevelse .....	27
5.6	Valg av veilednings- og undervisningsmetode .....	27
5.7	Er hensikten med veilednings- og undervisningsopplegget oppnådd? .....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning og konklusjon .....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>

# **1 Innledning og bakgrunn for valg av tema**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Kronisk hjertesvikt er en tilstand som krever medikamentell behandling, intervensjon, undervisning og psykososial støtte. Forekomsten av hjertesvikt er økende, mye fordi behandlingstilbudet er forbedret og at flere overlever hjerteinfarkt (Fålnun et al, 2013). I 2020 var det totalt 20 197 som ble innlagt i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av hjertesvikt (Holtermann, 2021). I følge Fålnun et al (2013) konkluderes det med at dersom pasienten følges opp på en tverrfaglig hjertepoliklinikk, vil mortaliteten minskes med 16 prosent og antall innleggelser på sykehus synke med hele 31 prosent. Pasienter som lever med denne tilstanden opplever et symptombilde som preger hverdagen og kan bidra til nedsatt livskvalitet (Stubberud, 2016, s. 119). I tillegg ses hyppige reinnleggelser som en konsekvens av blant annet manglende handlinger ved eskalerende symptomer. Forskning gjort av Alkan & Nural (2017) viser at pasienter opplever et belastende symptombilde preget av dyspné, søvnløse netter og fatigue, noe som har stor innvirkning på pasientens livskvalitet.

Sykepleier har en rekke funksjonsområder i møte med denne pasientgruppen på poliklinikk, blant annet undervisende, veiledende, forebyggende og behandlende funksjon (Eikeland et al, 2016, s. 256). I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt, og fokusere på sykepleiers veiledende og undervisende funksjon. Vi har begge møtt denne pasientgruppen i praksis, der vi så at symptombildet preget pasientens livskvalitet. På bakgrunn av dette ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt.

## **1.2 Presisering av problemstilling**

*«Hvordan kan veiledning og undervisning bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?»*

### **1.3 Kontekst**

Som sykepleier kan man blant annet møte pasientgruppen på sykehjem, poliklinikk, hjemmesykepleien og sykehus. Kanskje legges pasienten inn på sykehus med en eksaserbasjon av hjertesvikten, på helsehus for rehabilitering eller poliklinikk, der kontroll og oppfølging, står i fokus. Vi har valgt å fokusere på pasienter som kommer til hjertepoliklinikk etter en eksaserbasjon av hjertesvikten, der pasienten for eksempel har vært innlagt på hjertemedisinsk sengepost, og deretter har blitt henvist til videre oppfølging. Eksaserbasjon defineres som forverring av plagene eller symptomene ved sykdommen, som i dette tilfellet er kronisk hjertesvikt (Farstad, 2020). Den akutte fasen er avklart, men symptomer som dyspné, fatigue, ødemer og emosjonelt stress vil fortsatt prege pasientens livskvalitet (Stubberud, 2016, s. 118). Ved hjertepoliklinikker er derfor formålet å bedre pasientens livskvalitet ved å redusere plager og symptomer, forebygge videreutvikling av sykdommen og komplikasjoner til behandlingen (Kjetland & Norstad, 2016, s. 449). Et annet grunnlag for valget av poliklinikk, er på bakgrunn av en hektisk hverdag på sengepost, der mye av fokuset er rettet mot medisinsk behandling. Sykepleier har en rekke funksjoner i møte med pasientgruppen, blant annet å fremme livskvalitet gjennom veiledning. For å svare på problemstillingen vil vi trekke inn hvordan veiledning og undervisning kan bidra til å fremme pasientens livskvalitet.

### **1.4 Målgruppe og avgrensning**

Vi velger å begrense pasientgruppen til eldre med kronisk hjertesvikt, da litteratur og forskning viser en høy forekomst av hjertesvikt i denne aldersgruppen (Eikeland et al, 2016, s. 252). Sykepleier har en rekke funksjoner i møte med pasienter, men i vår oppgave har vi valgt å fokusere på sykepleiers veiledende og undervisende funksjon. Dette fordi veiledning er en sentral oppgave i møte med pasientgruppen, der mange ikke vet hvordan de skal håndtere symptomene knyttet til hjertesvikt. Vi har valgt å ekskludere pasienter med en kognitiv svikt fordi de er mindre mottakelige for informasjon og undervisning, samt muligens har en svekket evne til å vurdere sin egen helsetilstand (Skovdahl, 2020, s. 417). Vi har valgt å se bort ifra de aller eldste, da komorbiditet preger deres sykdomsbilde. I tillegg har vi ekskludert pasienter med fremmedspråk, da dette er en læreforutsetning for å forstå informasjonen som blir gitt. Primært ønsker vi å fokusere på symptomene ved kronisk hjertesvikt og derfor utelukker vi pasienter med tilleggssykdommer. I tillegg har vi tatt utgangspunkt i pasienter klassifisert

etter nivå tre og fire etter NYHA-klassifikasjonen. På bakgrunn av dette har vi endt opp med aldersgruppen eldre.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Kronisk hjertesvikt** er en tilstand der hjertet ikke klarer å pumpe tilstrekkelig med blod ut i sirkulasjonen til kroppens vev. Dette medfører at kroppen ikke får den blodmengden som er nødvendig for å opprettholde en normal funksjon (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176). Kronisk hjertesvikt er oftest et resultat av hypertensjon eller gjennomgått hjerteinfarkt. Dette medfører økende symptomer som redusert fysisk yteevne, dyspné ved mindre anstrengelser og ødemer (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177)

**Livskvalitet** omhandler materielle levekår, hvordan livet oppleves for den enkelte, og har både objektive og subjektive sider (Bang, 2019). Den subjektive livskvaliteten kan variere mellom positive og negative følelser og kan oppleves som god selv under sykdom eller tunge belastninger. Den objektive innebærer hvor god livskvalitet man har, derav helsetilstand, funksjonsevne eller materielle levekår (Bang, 2019).

**Veiledning** kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2019, s. 11). Videre er hensikten å styrke mestringskompetansen gjennom refleksjon, oppdagelse og læring (Tveiten, 2020, s.101).

**Eldre** er i følge Verdens Helseorganisasjon personer mellom 60 til 75 år (Engedal, 2019).

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Kronisk hjertesvikt og symptomers påvirkning på pasienten**

Hjertesvikt er en tilstand der det oppstår en svekkelse av hjertemuskelene. Hjertet klarer ikke pumpe nok blod ut i sirkulasjonen, noe som medfører at kroppens vev får for lite blod og dermed ikke klarer å opprettholde normal funksjon. Ved kronisk hjertesvikt er det ikke uvanlig at pasienten har perioder med eksaserbasjon (Stubberud, 2016, s. 119). Forverringen kan skje dersom pasienten har et økt saltinntaket, pådrar seg infeksjoner, anemi, hypertensjon og lignende. Selv om pasienten er godt behandlet medikamentelt kan det fortsatt oppstå en forverring av hjertesvikten i løpet av kort tid (Stubberud, 2016, s.119)

Hos pasienter med hjertesvikt ser man ofte symptomer og funksjonelle begrensninger som redusert fysisk yteevne og økt tungpust ved anstrengelser og når vedkommende legger seg ned. Symptomene øker etter hvert som svikten utvikler seg. Pasienten kan plages av dyspnè, søvnforstyrrelser, tretthet i hvile eller etter anstrengelser, samt fatigue. Andre symptomer kan være tørste, redusert kognitiv og fysisk funksjon, angst, depresjon, problemer i sosiale relasjoner og redusert mulighet for dagliglivets aktiviteter og livsutfoldelse. Man kan si at det å leve med hjertesvikt kan bety å leve med en usikker, begrenset og truende livssituasjon, der frykten for eksaserbasjon er påfallende (Stubberud, 2016, s.118).

Pasienten kan leve med sykdommen over lengre tid og optimal behandling kan gi gode leveutsikter, men hjertesvikten kan likevel redusere pasientens opplevelse av livskvalitet. Derfor vil sykepleiefokus rettet mot pasientens livskvalitet være av betydning (Stubberud, 2016, s. 119). Man ser også at manglende sykdomsforståelse og medikamentetterlevelse er kjente fenomener etter utskrivelse fra sykehus, så derfor vil veiledning knyttet til dette også være viktig (Fåalun et al, 2013). Behandlingen av kronisk hjertesvikt tar ofte sikte for å redusere symptombildet og minske belastningen på hjertet. Det ved livsstiltak, kostholdsråd, fysisk aktivitet, medikamentell etterlevelse eller vektreduksjon (Eikeland et al, s.252)

## **2.2 Mestring av symptomer**

Poliklinisk veiledning kan bidra til at pasienten tilegner seg kunnskap om sin egen kropp, individuelle erfaringer og symptomer knyttet til sykdommen (Eikeland et al, 2016, s. 230). Målet vil være å fremme livsutfoldelse, slik at pasienten får en økt livskvalitet og mestrer symptomene (Eikeland et al, 2016, s. 230). Forskning viser at mange synes det er vanskelig å forstå symptomene sine (Harding et al, 2008). Kanskje blir pasienter engstelige når de opplever økt dyspné ved fysiske anstrengelser. Derfor kan fysisk aktivitet være et viktig tema for veiledning, da det kommer frem at denne pasientgruppen bør være fysisk aktive for å øke egen yteevne, samt livskvalitet (Ørn & Brunvand, 2016, s. 179). Moderat fysisk trening anbefales ved stabil kronisk hjertesvikt. Sykepleier kan benytte symptomklassifisering ved vurdering av pasientens kliniske funksjonsnivå, eksempelvis New York Heart Associations (NYHA). Her indikerer for eksempel klasse 4 alvorlig funksjonssvikt og redusert livskvalitet. Mestring av symptomer vil derfor bli et viktig mål ettersom det ikke finnes noen kurativ behandling av hjertesvikt, kun symptomlindrende og livsforlengende behandling (Fålnun et al, 2013). I tillegg vil et fokus på tidlig oppdagelse av forverringen av hjertesvikten være et tema for veiledningen (Stubberud, 2016, s. 117)

## **2.3 Pasientens livskvalitet**

Livskvalitet er et begrep som vektlegger og inkluderer hele menneskets liv samtidig som det tar utgangspunkt i menneskets egne opplevelser (Rustøen, 2001, s. 13). For at sykepleier skal kunne fremme livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt er det helt sentralt at ikke bare symptomer som dyspné og søvnforstyrrelser blir satt i fokus, men også hvordan disse symptomene påvirker pasientens livsutfoldelse (Rustøen, 2001, 13). Høy livskvalitet har ofte en sammenheng med fysisk helse og få psykiske plager og lidelser. Menneskets livskvalitet kan påvirkes av faktorer som sosial deltakelse, autonomi, mestring og opplevelse av glede (Bang, 2019). Sosiale faktorer som tillit og støtte fra helsepersonell er også sentralt for å fremme den enkeltes livskvalitet (Bang, 2019). Symptomer som depresjon og angst er ikke uvanlig for pasienter med hjertesvikt, noe som kan medføre redusert livskvalitet mye fordi pasienten kan oppleve å ikke mestre dagligdagse gjøremål, samt isolere seg (Eikeland et al, 2016, s. 255). Det hevdes at livskvalitet kan fremmes gjennom behandling av sykdommen, symptomer og bivirkninger, god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, samt ved å



endre pasientens holdninger til seg selv og sin sykdom (Rustøen, 2001, s. 79). Informasjon knyttet til pasientens helsetilstand kan gi følelsesmessig støtte og trygghet, noe som kan lette på symptomer som depresjon og angst, som igjen bedrer pasientens livskvalitet (Rustøen, 2001, s. 79). Wahl og Hanestad (2007) hevder at pasienter med hjertesvikt kan oppleve at funksjonssvikten er svært begrensende i det daglige liv, da det kan redusere livsutfoldelse. Eksempelvis kan begrensningene være tilpasset væske og saltinntaket, unngåelse av store mengder alkohol eller det å måtte holde vekten stabil til enhver tid.

## **2.4 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon**

Som sykepleier har man en veiledende funksjon i møte med pasienter på poliklinikker (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Her skal sykepleier gi informasjon, veiledning og undervisning for å fremme helse. Paul og Hice (2014) mener at sykepleiere er i en helt spesiell situasjon for å gi god informasjon og veiledning, da man står både pasienter og pårørende så nært (Eikeland et al, 2016, s. 161). Det kommer frem at pasienter med hjertesvikt opplever det som vanskelig å leve med de funksjonelle begrensningene sykdommen medfører, og videre tilpasse seg livet med tilstanden. Det ses blant annet en frykt for akutt forverring, depresjon og angst i forbindelse med hjertesvikt, noe som også kan føre til redusert livskvalitet (Eikeland et al, 2016, s. 255). I tillegg opplever pasienter fysiske symptomer som tretthet, dyspné, ødemer og redusert aktivitetsnivå, som igjen kan forårsake depresjon, nedsatt egenomsorgsevne og redusert helserelatert livskvalitet. Sykepleier kan gi sosial støtte og veiledning om hvordan pasienten kan forholde seg til sykdommen, og da vil fokus på brukermedvirkning og empowerment være helt sentralt (Eikeland et al, 2016, s.161). Dette er en viktig sykepleieoppgave, da økt kunnskap hos pasienten kan redusere angst og bidra til at pasienten tar ansvar for sin sykdom.

Når man skal gi informasjon, veiledning og undervisning til pasienter er det viktig at det foregår på en pedagogisk måte. Målet med veiledning og undervisning er å fremme kunnskap, forståelse og mestring hos pasienten (Tveiten, 2020, s. 93). Tveiten formidler at i en veiledningsprosess kan andre pedagogiske metoder inngå, blant annet informasjon, undervisning og rådgivning (Tveiten, 2019, s. 34). Sykepleier har en rekke funksjoner i møte med pasienter med hjertesvikt, da sykdommen påvirker pasientens grunnleggende behov. I behandlingen av kronisk hjertesvikt, vil hovedprinsippene være livsstilsendringer i tillegg til

legemiddelbehandling. For mange er dette en utfordring, og pasientene trenger råd og veiledning fra blant annet sykepleier. Her ser man at individuell veiledning kan ha positiv effekt både med tanke på reinnleggelser og for å fremme pasientens livskvalitet (Stubberud, 2016, s. 121). Gruppeveiledning kan også være hensiktsmessig i visse situasjoner, der man kan dele erfaringer med andre pasienter i samme situasjon (Tveiten, 2020, s. 177).

## 2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen benyttes for å planlegge undervisning, der begrepet didaktikk refererer til praktisk undervisningslære i helse relatert sammenheng (Christiansen, 2020, s. 49). Modellen består av seks gjensidige forhold, som sykepleier må være bevisst på før informasjon og veiledning. Disse faktorene er pasientens forutsetning for læring, ramme faktorer, mål/behov, innhold, arbeidsmetoder og til slutt vurdering. Modellen har i senere tid blitt brukt for å legge til rette for mestring og læring hos både pasienter og pårørende (Vågan & Hvinden, 2020, s. 219). Den didaktiske relasjonsmodellen skal legge til rette for at pasienten kan medvirke og være delaktig i avgjørelser knyttet til egen helsetilstand, samt tilegner seg kunnskap som gjør en istand til å mestre eventuelle helseutfordringer (Tveiten, 2020, s. 91). Eksempelvis kan dette være utfordringer i forhold til eksaserbasjon, der symptomer som nedsatt søvnkvalitet og tungpustethet kan medføre både psykiske og fysiske plager hos pasienten.

**Deltakerforutsetninger** omhandler pasientens ønsker, ressurser og behov knyttet til læring og mestring (Vågan & Hvinden, 2020, s. 219). Forutsetninger handler om pasientens evne til å forstå kunnskap og informasjon som blir formidlet og hvilke syn og holdninger pasienten har på egen sykdom (Tveiten, 2020, s. 154). Ulike barrierer som kan påvirke evnen til å motta informasjon, kan være redusert fysisk funksjon og eventuelt angstsymptomer som kan oppstå ved kronisk hjertesvikt, der energien og oppmerksomheten kan rettes mot andre ting (Vågan & Hvinden, 2020, s. 219). Lav motivasjon kan også være en faktor som påvirker hvor mottakelig man er for undervisning og veiledning.

**Rammefaktorer** innebærer premisser for læring og mestringsvirksomhet som både kan være forutsette og uforutsette forhold, eksempelvis kompetanse, tid eller rom (Vågan & Hvinden, 2020, s. 219).

**Mål** omhandler det sykepleier ønsker at pasienten skal tilegne seg av informasjon og ny kunnskap, samt at pasienten opplever økt mestring relatert til sykdommen (Vågan & Hvinden, 2020, s.222). I denne sammenhengen vil økt forståelse av symptombildet ved hjertesvikt kunne være et mål. Målene må også være fleksible og justerbare, for å oppnå en god læringsprosess (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223).

**Innholdet** i veiledningssituasjonen skal baseres på pasientens ressurser og hvordan disse skal benyttes for å bedre egen helsetilstand og livskvalitet (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224). Det må også knyttes opp mot pasientens læreforutsetninger og tematikken i veiledningen. Her er det viktig å kartlegge informasjonsbehovet til pasienten. Eksempelvis kan dette være medikamentetterlevelse eller håndtering av symptomer knyttet til kronisk hjertesvikt.

**Arbeidsmetoder** omhandler hvilke pedagogiske strategier som egner seg best for å oppnå målene som er formulert. Vurderinger rundt om gruppeveiledning og individuell veiledning er gunstig og eventuelt hvilke andre verktøy som må benyttes er eksempler på vurderinger man bør ta før veiledning (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224). Her er det sentralt å ta utgangspunkt i pasientens situasjon/ønsker og eventuelt kombinere undervisnings- og veiledningsmetodene. Eksempelvis kan man veksle mellom muntlig og skriftlig informasjon (Tveiten, 2020, s. 106).

**Vurdering** handler om å evaluere den pedagogiske virksomheten er for å få tilbakemelding av pasienten om veiledningen dekker informasjonsbehovet til den enkelte, samt å vite om målet er oppnådd (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). Å spørre pasienten om vedkommende kan gjenta informasjonen som blir gitt, kan bidra til å kartlegge om informasjonen er mottatt eller ikke.

## **2.6 Relevans i forhold til lovverk**

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det frem at alle pasienter har en lovfestet rett til informasjon om deres helsetilstand. Sykepleier plikter å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt forsikre seg om at den er forstått (Pedersen & Vrenne, 2012). I tillegg påpeker loven at dersom pasienten ikke ønsker informasjon skal dette etterfølges. Hensikten med å gi veiledning til pasienten med kronisk hjertesvikt, er for å forebygge forverring av sykdommen, gi økt symptomforståelse, mestring og bedret livskvalitet (Pedersen & Vrenne, 2012). I Helsepersonelloven §3 blir helsehjelp definert som handlinger gjort av helsepersonell

med forebyggende, behandlende, rehabiliterende, diagnostisk, helsebevarende og omsorgsformål. Helsehjelpen skal samsvare med helsepersonellens kvalifikasjoner og faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §3)

Videre må sykepleier ha fokus på brukermedvirkning og empowerment, da dette er sentralt for pasientens hverdagsmestring (Eikeland, 2016, s. 161). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 har pasienten rett til å medvirke ved valg av behandlingsmetoder. I Lov om spesialisthelsetjenesten §1 kommer det frem at sykepleier skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud, at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov og motvirke sykdom, skade eller lidelse på pasienten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1)

## **2.7 Yrkesetikk for sykepleiere**

Det finnes også yrkesetiske retningslinjer som er gjeldende for sykepleier, der det blant annet står skrevet at sykepleiepraksisen skal fremme helse og forebygge sykdom. Eikeland et al påpeker at depresjon fører til uheldige patofysiologiske endringer ved kronisk hjertesvikt, som igjen kan forverre pasientens tilstand (Eikeland et al, 2016, s. 255). Derfor vil det være viktig at sykepleier retter fokus mot å fremme livskvalitet hos pasienten. Norsk Sykepleierforbund viser til de yrkesetiske retningslinjene, og med tanke på vår problemstilling ser vi på disse retningslinjene som spesielt aktuelle;

- *1.1 «Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap»*
- *2.2 «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten».*
- *2.5 «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått».*
- *5.2 «Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis».*

### 3 Metode

#### 3.1 Valg av metode

Metode beskrives som den systematiske fremgangsmåten for å samle inn kunnskap og informasjon som forklarer en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 74). Etter skolens formelle krav vil denne oppgaven være en litterær oppgave, der vi systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 74). Dette innebærer innsamling av litteratur, for så å gjøre en kritisk vurdering av litteraturen og til slutt lage en sammenfatning (Thidemann, 2015, s. 77). Vi samler inn data fra allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2021, s.56). For å belyse problemstillingen vår har vi valgt å benytte oss av både kvalitativ og kvantitativ forskningsartikler og faglitteratur. En kvalitativ metode innebærer dybdekunnskap, der man får mye informasjon fra få deltakere, gjerne gjennom intervju, feltarbeid eller observasjon (Thidemann, 2015, s. 76). Videre tar kvantitativ metode utgangspunkt i breddekunnskap som kjennetegnes av få opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 76). Primært har vi benyttet oss av kvalitativ forskning, der pasienters erfaring og opplevelse rundt hvordan hjertesvikt påvirker individets livskvalitet, har vært i fokus.

#### 3.2 Søketablell

Søkedato	Databaser	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
06/01-22	Cinahl	1. Heart failure «And» 2. Quality of life «And» 3.Symptoms	16	3	2	1	<i>Alkan, Semiha RN; Nural, Nesrin RN, PhD (2017) Evaluation of Symptoms and Predictors in Patients With Heart Failure in Turkey</i>
08/12-21	Pubmed	1. Heart failure «And» 2.Information needs	33	4	2	1	Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C.,

							Walton, M., Gibbs, L., & Higginson, J. (2008) <i>Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients</i>
09/12-21	Pubmed	1.Heart failure «And» 2.quality of life «And» 3.Nursing	104	5	4	1	<i>Rice. H., Say. R. &amp; Betihavas.V.(2017) The effect of nurse-led education on hospitalization, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure.</i>
02/03-22	Pubmed	1.heart failure clinics «And» 2. quality of life «And» 3. Norway	10	3	2	1	<i>Hole T, Grundtvig M, Gullestad L, Flønæs B, Westheim A. (2014) Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian Heart Failure Registry</i>

### 3.3 Søkehistorikk

I vår søkeprosess har vi valgt å bruke PubMed og CHINAL som databaser for å finne relevant forskning. Det står skrevet på helsebibliotekets nettsider at CHINAL er en database som har hovedvekt på engelskspråklig litteratur om sykepleie, noe som gjør denne databasen svært aktuell. Videre er Pubmed en helsevitenskapelig database og dermed helt relevant for vår søkeprosess. Hovedkriterier i våre søk etter forskningsartikler var å se etter en tydelig IMRAD-struktur, bestående av innledning, metode, resultat, formål og diskusjon. I tillegg undersøkte vi om forskningsartikkelen var fagfelleurdert som ledd i kvalitetssikringen. Et annet krav var at forskningen skulle være oppdatert, helst nyere enn ti år. Ved utvalg av

forskningslitteratur, så vi først på artiklens overskrifter, før vi gikk inn og leste sammendraget. Deretter var det utslagsgivende at hensikten var tydelig formulert, men også at resultatet kom godt frem. Vi forsøkte å ta utgangspunkt i artikler som omhandlet poliklinisk behandling. Til slutt leste vi strukturert gjennom de artiklene som var av høy relevans og endte opp med forskningsartiklene nevnt under.

Ved søk i CHINAL brukte vi søkeordene «heart failure» and «quality of life» and «symptoms». Vi valgte å bruke «and» istedenfor «or», da vi ønsket at alle søkeordene skulle være inkludert i artikkeltreffene. Vi forsøkte ulike søkekombinasjoner, men fant ut at kombinasjonen nevnt ovenfor var mest passende. Ved dette søket var vi ute etter å finne hvordan pasienten opplever symptomene knyttet til kronisk hjertesvikt og hvordan symptom bildet påvirker livskvaliteten. Da endte vi opp med forskningsartikkelen *“Evaluation of symptoms and predictors in patients with heart failure in Turkey”*.

PubMed ble også benyttet som database, der vi tok i bruk søkeordene «heart failure» and «information needs» ved vårt første søk. Her endte vi opp med en forskningsartikkel som var eldre enn ti år, det ettersom den svarer såpass godt på vår problemstilling og tar utgangspunkt i pasientens informasjonsbehov. Artikkelen vi endte opp med ble derfor *“Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients”*.

For å få frem sykepleiers rolle valgte vi å inkludere søkeordet «heart failure» and «quality of life» and «nursing» i vårt andre søk, siden problemstillingen tar utgangspunkt i sykepleiers veiledende funksjon. Da fant vi en forskningsartikkel som svarer på hvordan sykepleierledet undervisning har effekt på pasientens livskvalitet.; *“The effect of nurse-led education and hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure”*.

For å finne frem til den siste forskningsartikkelen, *“Improved quality of life in Norwegian heart failure patients and follow-up in outpatient heart failure clinics results from the Norwegian Heart Failure Register*, benyttet vi databasen PubMed og søkeordene “heart failure clinics” and “quality of life” and “Norway”. Vi ønsket å finne forskning gjort i Norge, da dette er veldig aktuelt med tanke på vår fremtid som sykepleiere i det norske helsevesenet. I tillegg inkluderte vi «heart failure clinics» for at forskningen skulle omfatte konteksten poliklinikk.

### 3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I søkene gjort i PubMed og CHINAL valgte vi å avgrense til kronisk hjertesviktpasienter, da vi var ute etter deres erfaringer knyttet til sykdomsforløpet. Her ekskluderte vi pasienter med akutt hjertesvikt, da det er nærliggende å tro at pasientgruppen har et annet informasjonsbehov enn pasienter som har levd med hjertesvikt over lengre tid. Ved gjennomgang av de aktuelle artiklene var vi opptatt av å undersøke om pasientgruppen vår var eldre. For å få et variert treff på forskningen valgte vi artikler fra ulike tiår, der en er fra 2008, en annen fra 2014 og to fra 2017. Grunnen til at vi valgte en forskningsartikkel som er eldre enn ti år, er på bakgrunn av våre tanker om at pasienters informasjonsbehov rundt symptomstrøking var like stort da denne studien ble gjennomført, som i dag. I tillegg valgte vi å ta utgangspunkt i pasienter på poliklinikk på bakgrunn av manglende tid til veiledning og undervisning i den akutte fasen på sykehus. Likevel har vi også benyttet en artikkel der undervisning gjort av sykepleier ble gjennomført på sykehus. I tillegg skulle artiklene være skrevet på engelsk eller nordisk språk for bedre forståelse.

### 3.5 Kildekritikk og annen relevant litteratur

Kildekritikk omhandler karakterisering og vurdering av litteraturen som anvendes i oppgaven. Her skal vi vurdere hvor godt litteraturen vi benytter kan bidra til å besvare problemstillingen vår (Dalland, 2021, s.153). Vurderingen rundt om kilden er tilstrekkelig i forhold til relevans og pålitelighet må tas i betraktning (Dalland, 2021, s. 153). I prosessen med å velge faglitteratur benyttet vi oss av Oria for å se hva slags relevant litteratur som var tilgjengelig på skolens bibliotek. Da fant vi en bok som belyser tematikken i problemstillingen vår; «*Sykepleie til personer med hjertesykdom*» av Dag-Gunnar Stubberud. Denne boken ble et viktig oppslagsverk i vår oppgave. Dette på bakgrunn av at den tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv, og dermed egner seg godt i vår bacheloroppgave. Litteraturen gir en god innføring i hva det vil si å leve med kronisk hjertesvikt og hvordan det kan påvirke livskvaliteten til denne pasientgruppen. Samtidig har boken et kapittel som informerer om sykepleiers funksjon og ansvarsområdet ved hjertepoliklinikker. I tillegg har forfatteren en bred erfaring som intensivsykepleier på ulike avdelinger, og er førstelektor ved mastergradsstudiet og videreutdanningen i intensivsykepleie ved OsloMet. Videre har han skrevet flere pensumbøker for sykepleierutdanningen, og med dette anser vi denne kilden som



både relevant og troverdig (Gyldendal). Likevel kan det være noen svakheter ved bruk av denne litteraturen, der det kan tenkes at boken er skrevet over lenger tid og at det derfor anvendes eldre forsknings- og faglitteratur.

En fagartikkel vi har anvendt hyppig i vår oppgave er «*Hjertesvikt krever spesialkompetanse*». Dette er en fagartikkel som er kvalitetssikret og godkjent av fagredaktøren for Sykepleien.no. En svakhet i denne fagartikkelen er at den er fra 2013, men ved sammenligning av nyere litteratur samsvarer mye av innholdet. I boken «*Håp og livskvalitet, en utfordring for sykepleieren?*», skrevet av Røsten, presenteres det ulike definisjoner av livskvalitet og hvordan den skal kartlegges, eksempelvis i klinisk praksis. Derfor anser vi den som relevant til vår problemstilling, i tillegg til at det er skrevet for sykepleierstudenter. Videre har vi benyttet oss av to bøker skrevet av Sidsel Tveiten som er sykepleier og professor ved Fakultetet ved helsevitenskap, OsloMet. Hennes forskning handler om helsepedagogikk, kommunikasjon og samhandling, der hun legger mye vekt på brukermedvirkning. Derfor ser vi på denne litteraturen som høyst relevant når vi belyser sykepleiers veiledende funksjon.

Forskningsartiklene vi har valgt er skrevet på engelsk, noe som kan medføre rom for feiltolkning. I tillegg er flere av forskningsartiklene fra andre land der for eksempel helsevesenet har en annen struktur og oppbygning. Likevel ser vi nytteverdien av å innhente informasjon fra ulike deler av verden for å få et sammenligningsgrunnlag. Kanskje har et land mer fokus på livskvalitet, mens et annet fokuserer mer på medikamentell behandling. Når vi ser på aldersgruppen ved enkelte av artiklene, tar forskningen for seg pasienter fra 18 år og oppover. Vi tenker at det likevel er relevant da det ikke kun er unge voksne som blir omhandlet i artiklene. Forskningsartiklene tar utgangspunkt i både pasienter innlagt på sykehus, men også poliklinisk oppfølging. I tillegg blir livskvalitet beskrevet i de valgte forskningsartiklene, som viser artiklenes relevans for vår problemstilling.

Utenom primærkildene har vi anvendt rapporter, rammeplaner, forskrifter, lovverk og fagartikler, henholdsvis fra Sykepleien.no og Helsebiblioteket.no. Dette på bakgrunn av at disse kildene gjerne er oppdatert innen forskning, politiske og juridiske føringer, samt oppdaterte tall på for eksempel forekomst av pasienter med hjertesvikt. Som sykepleier har vi en rekke yrkesetiske retningslinjer og har derfor benyttet oss av Norsk sykepleierforbund for å belyse disse.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

### 4.1 Forskningsresultater

I alle forskningsartiklene kommer det frem at det å leve med kronisk hjertesvikt i seg selv, ga nedsatt livskvalitet, selv om de tar utgangspunkt i forskjellige livssituasjoner. I artikkelen til Harding et al (2008) viser resultatene at manglende pasientinformasjon og kunnskap om prognose har negativ innvirkning på livskvalitet. Gode kommunikasjonsferdigheter var blant annet en forutsetning for etterlevelse av medikamenter og reduksjon av reinnleggelser. I forskning gjort av Rice et al (2017) kommer det frem at fysisk veiledning bidro til at pasienten tilegnet seg mer kunnskap knyttet til symptomhåndtering. Symptombildet, bekymringer rundt eksaserbasjon og forverring av funksjonsstatus var noe som preget pasientens livskvalitet i negativ retning i følge Nural & Alkan (2017). I forskningen til Hole et al (2014) viser resultatet at oppfølging i poliklinikk av et tverrfaglig team ga en betraktelig bedre livskvalitet, der lindring av symptomer stod høyere enn livsforlengende behandling.

### 4.2 Artikkelmatrise

Her presenteres forskningsartiklene som er anvendt i vår oppgave, samt hensikt, design og resultater fra forskningsartikler:

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Rice, H., Say. R. & Bethavas. V. (2017)	<i>The effect of nurse-led education on hospitalization, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure.</i>	Patient Educ Couns	Belyse effekten av sykepleie undervisning til pasienter knyttet til livskvalitet	Systematisk analyse. RCT.  Syv RCT-studier som ble inkludert  Totalt 3549 pasienter.	Undervisning fra sykepleiere reduserte reinnleggelser på sykehus, samt mindre kostnader.  De pasientene som fikk undervisning fra sykepleiere fikk økt livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen.
2	Harding, R., Selman, L., Beynon, T.,	<i>Meeting the communication and</i>	Science Direct	Hvordan tilpasning av informasjon til	Kvalitativ	Manglende informasjon om pasientens

	Hodson, F., Coady, E., Read, C., Walton, M., Gibbs, L., & Higginson, IJ. (2008)	<i>information needs of chronic heart failure patients</i>		pasienter med kronisk hjertesvikt har påvirkning på pasienten	Semistrukturerte intervjuer  20 pasienter med kronisk hjertesvikt, 11 omsorgspersoner (f familiemedlemmer), 6 palliativt helsepersonell, 6 kardiologi personal.  55 ble undersøkt i studien  33 av disse var ikke kvalifisert  3 nektet å delta i studien  20 deltok i studien	helsetilstand ga en negativ innvirkning på livskvalitet.  (Både pasienter og pårørende følte på at sykepleierne ga for mye informasjon og synes dermed det var vanskelig å stille spørsmål.
3	Alkan, Semiha RN; Nural, Nesrin RN, PhD (2017)	Evaluation of Symptoms and Predictors in Patients With Heart Failure in Turkey	Journal of hospice & palliative nursing	hyppigheten og omfanget av symptomer som er relatert til sykehusinnleggelse hos hjertesviktpasienter	tvversnittdesign  117 innlagte pasienter med hjertesvikt  18 år eller eldre	Pasientene opplever alvorlige symptomer knyttet til sykdommen. Der pasienten oppsøker behandling etter forverrelse av symptombildet .  De fleste pasientene har problemer med å opprettholde egenomsorg hjemme. De hyppigste symptomene som preget pasientens livsstil var kortpustet, søvnproblemer og manglende energi
4	Hole T, Grundtvig M, Gullestad L,	<i>Improved quality of life in Norwegian</i>	European journal of	Hvordan møte kommunikasjon- og informasjonsbeho	Kvalitativ metodikk	Det var en stor forskjell i MLHF-skår mellom sykehus.

	Flønæs B, Westheim A. (2014)	<i>heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian Heart Failure Registry</i>	heart failure	vene til pasienter med kronisk hjertesvikt	Semistrukturerte intervjudata  Kardiologisk personalet, pasienter og pårørende  55 pasienter  33 av disse var ikke kvalifisert  20 deltok	Livskvaliteten bedret seg etter oppfølging på poliklinikker. Konkluderer med at oppfølging av livskvalitet må bli en rutine ved hjertesviktpoliklinikker.
--	------------------------------------	--	---------------	--	---	---

## 5 Diskusjon

Det anslås at 2-4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt. I tillegg er dette en progredierende sykdom, der hele 30-40 % av pasientene kan ha gått bort allerede ett år fra diagnosen er stilt. Derfor oppgir mange pasienter at håndtering og lindring av symptomer settes høyere enn livsforlengende behandling (Hole et al, 2014). Forskning viser at denne pasientgruppen har en signifikant svekkelse i alle aspekter av opplevelsen av livskvalitet. Derfor hevder Hole et al (2014) at målrettet behandling for å bedre pasientens livskvalitet bør være et hovedmål på lik linje som symptombedring og prognose. I fagartikkelen til Fållun et al (2013) kommer det frem at pasienter ofte har lite kunnskap om egen sykdom og hvordan ivareta egenomsorgen. Det har vist seg at pasienter som følges opp ved hjertesviktpoliklinikk har en bedre egenomsorg og etterlevelse av legemiddelbruk, samt kost- og livsstilsrestriksjoner. Slike intervensjoner har stor betydning med tanke på å forebygge videre progresjon av hjertesvikten, for å fremme pasientens livskvalitet og redusere innleggelse på sykehus (Kjetland & Norstad, 2016, s. 448).

I denne delen av oppgaven skal vi derfor drøfte hvordan veiledning og undervisning kan bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt, der vi anvender den didaktiske relasjonsmodellen som utgangspunkt for besvarelsen. Det ses en rekke områder som pasienter kan trenge veiledning på, men på bakgrunn av oppgavens ordramme har vi gjort et utvalg. Derfor vil fokuset rettes mot kosthold, væskerestriksjoner og vekt, hvordan gjenkjenne symptomer på eksaserbasjon, der økende ødemer og dyspné er fokusområder, pasientens fysiske og psykiske funksjon, samt medikamentell etterlevelse.

### 5.1 Pasientens forutsetninger for veiledning

Som sykepleier har man et ansvar når man møter pasienter for veiledning og undervisning på poliklinikk, der det blant annet skal legges til rette for at pasienten skal mestre utfordringer knyttet til sin helse, samhandling og aktiv medvirkning (Tveiten, 2020, s. 91). Tveiten påpeker viktigheten av å vite hvor godt forberedt pasienten er, hva kunnskapsgrunnlaget er, samt hvilke læreforutsetninger pasienten har (Tveiten, 2020, s. 92). Å kartlegge pasientens innsikt og opplevelse av egen situasjon, vil være vesentlig for sykepleier før undervisning, og her kan aktiv lytting benyttes (Christiansen, 2020, s. 52). Dette kan på den ene siden gjøre at

sykepleier får et innblikk i pasientens kunnskapsnivå og dermed kan tilpasse undervisningsopplegget og innholdet etter dette. Sykepleier må på den andre siden vurdere kunnskapsgrunnlaget til pasienten kritisk, ettersom man kan lese seg opp på lite troverdige nettsteder. Ved enkelte tilfeller kan likevel pasientens sykdomsforståelse overstige helsepersonellens kunnskapsnivå. Derfor vil det være betydningsfullt å møte pasienten der han/hun er (Tveiten, 2020, s. 92).

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 har pasienten rett til medvirkning ved valg av behandlingsmetoder, noe som skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1). Forskningsresultatene i artikkelen til Rice et al (2017) viser at hyppige sykehusinnleggelses og reinnleggelses er typisk ved hjertesvikt, og det vil derfor være nærliggende å tro at pasienten har opparbeidet seg et kunnskapsnivå om sin sykdom. Likevel viser forskning at pasienter oppgir at mangel på informasjon har negativ innvirkning på deres livskvalitet (Harding et al, 2008). På den ene siden har pasienten, etter Pasient- og brukerrettighetsloven §3, rett til informasjon om egen helsetilstand. Imidlertid oppgir deltakerne i studien at mye og fagbasert informasjon vil virke mot sin hensikt. Derfor er det helt utslagsgivende at veiledningen er individrettet. Pasientsentrert sykepleie vil bidra til å redusere sårbarhet og fremmedgjøring i møtet med helsepersonell og videre fremme pasientens opplevelse av mestring og kontroll (Fålan et al, 2014).

En læreforutsetning er at pasienten er motivert til å tilegne seg ny kunnskap. Her er det helt grunnleggende at sykepleier uttrykker hensikten og behovet for veiledningen, slik at pasienten finner det interessant og relevant (Tveiten, 2020, s. 95). Manglende energi, håpløshet og motivasjon ses hos denne pasientgruppen, noe som kan hemme mottakeligheten for veiledning (Stubberud, 2020, s. 95). I tillegg oppgir Stubberud at hjertesvikt kan gi utslag i symptomer som fysisk og mental tretthet, som igjen kan medføre konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker (Stubberud, 2016, s. 119). Andre forutsetninger sykepleier må ta hensyn til før undervisning, er språklig barriere og kulturell bakgrunn, da dette er nødvendig for å forstå informasjon som blir formidlet (Vågan & Hvinden, 2020, s. 222). Slik informasjon er av stor betydning for sykepleiere når han/hun videre skal utforme et veilednings- og undervisningsgrunnlag.

## 5.2 Rammefaktorer som kan påvirke veiledning

Tidsaspektet er en sentral rammefaktor for hva som er mulig å gjennomføre, der mangel på tid er en kjent utfordring i helsevesenet (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Dette bekreftes i forskningsresultatene til Harding et al (2008), der det også fremkommer at mangel på tid medfører begrensede muligheter til å gi fullverdig informasjon og veiledning til pasientene. Å vurdere tidspunktet for veiledning i samråd med pasienten, kan bidra til følelse av økt innflytelse over egen situasjon (Tveiten, 2020, s. 95). Ved å ta pasienten med i slike beslutninger, kan sykepleier oppfylle det lovfestede ansvaret om medvirkning, som nevnt ovenfor. På den ene siden er valg av tidspunkt avgjørende med tanke på pasientens konsentrasjon, der varighet også er av stor betydning. Dersom pasienten er preget av angstsymptomer eller dyspné, kan dette medføre redusert fokus og brudd i undervisningen. Etterspørsel av når pasienten har minst symptomer, vil derfor være verdifull informasjon å innhente før undervisningen (Tveiten, 2020, s.95).

Valg av hvor veiledningen skal foregå, kan også være avgjørende for pasientens oppmerksomhet og fokus. Spesielt hvis flere sanser stimuleres samtidig, som hørsel, syn og berøring (Tveiten, 2020, s. 95). For det første kan distraksjon medføre at pasienten holder tilbake informasjon, noe som er lite gunstig med tanke på å skape en dialog og engasjement. For det andre må undervisningens varighet tas hensyn til, der symptombilde kan medføre at pasienten må ta hyppige pauser (Tveiten, 2020, s.96). I forskningsresultatet gjort av Harding et al (2008) kommer det frem at hovedfokuset til helsepersonell gjerne rettes mot veiledning av pasientens medikamentelle etterlevelse, fremfor pasientens psykososiale behov som påvirker livskvaliteten. De understreker at dette særlig fremkommer på sykehus og at behovet for medikamentell behandling er aktuelt i den akutte fasen.

Henholdsvis gir poliklinikker et mer systematisk oppfølgingstilbud, der det å leve med hjertesvikt ofte medfører mye usikkerhet og utrygghet, noe som krever tett oppfølging (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 448). Til tross for dette kan det tenkes at undervisning i poliklinikk vil være lettere å gjennomføre enn på medisinsk avdeling. Her ses ofte tidspress og et større fokus på medikamentell etterlevelse, og undervisning og veiledning knyttet til aktivitet, kosthold og symptomforverring, kan gjerne bli skjøvet til siden. Imidlertid bekreftes dette av Kjetland & Nordstad (2016), der de pasientene som følges opp på hjertepoliklinikker, har bedre egenomsorg og etterlevelse av blant annet medikamentell behandling. Dette bekreftes i artikkelen til Fålnun et al (2013), der oppfølging over tid i poliklinikk vil skape rom

for felles refleksjon om helse og livskvalitet, som igjen bidrar til en god læringsarena. Her har sykepleier på den ene siden tid til å lytte til pasienters personlige opplevelser. Dette vil gjøre det lettere for sykepleier å fange opp det han eller hun opplever som sårbart (Fålun et al, 2013). På den andre siden kan det være nærliggende å tro at undervisning i poliklinikk også være hektisk da hverdagen preges av mange konsultasjoner, telefonsamtaler og ulike henvendelser. I tillegg er slike intervensjoner viktige for å forebygge videre progresjon av hjertesvikten, bedre pasientens livskvalitet og redusere reinnleggelser. Dette bekrefter også forskningsresultatene i artikkelen til Hole et al (2014), der de konkluderer med at pasientene fulgt opp på poliklinikk fikk en bedret livskvalitet sett ut fra Minnesota Heart Failure Questionnaire.

### **5.3 Målsetting for veiledning**

I tråd med den didaktiske relasjonsmodellen må konkrete mål man setter for veiledning og undervisning, alltid ta utgangspunkt i pasientens deltakerforutsetninger (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Det vil være helt sentralt å skaffe informasjon om hva pasienten ønsker å oppnå med undervisningen, for å sikre mestring, motivasjon og oppnåelse av realistiske mål. Å forberede pasienten i forkant, eksempelvis på hvilke tema man vil undervise i, kan bidra til at pasienten har mulighet til å gjøre seg opp noen tanker i forkant. Et overordnet mål med veiledningen kan være at pasienten opplever økt kompetanse og kontroll over symptomene, gjenkjenner eksaserbasjon og får en økt livskvalitet. I følge forskningen til Harding et al (2017) oppgir pasientene manglende informasjon om prognose. Totalt sett kan dette medføre mye usikkerhet, både for pasienter og pårørende, noe som bekreftes av Røsten (2009), hvor hun viser til viktigheten av kommunikasjonskunnskaper i møte med pasienter for å kartlegge og fremme pasientens livskvalitet.

På Helsebibliotekets sider finner man prosedyrer og retningslinjer for poliklinisk veiledning av pasienter med hjertesvikt. Her fremkommer det at målsettingen for oppfølgingen er optimalisert behandling, der et bedret symptombilde og økt livskvalitet i den grad det er mulig, står i fokus. Dessuten informeres det også her om betydningen av god informasjon og opplæring knyttet til blant annet hjertesvikt og aktuelle symptomer, hvordan gjenkjenne disse, hva pasienten bør gjøre når de forverres, samt betydningen av compliance. Å styrke pasientens funksjonsnivå slik at vedkommende har større forutsetninger for å mestre



hverdagen, er helt sentralt ved utformingen av mål for veiledning (Håheim et al, 2015). I tillegg er et annet underordnet mål å redusere reinnleggelser, som blant annet er noe av hensikten ved forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven.

#### **5.4 Hva bør veiledningen inneholde?**

Når det skal utformes et innhold for veiledningen, vil læreforutsetninger og mål stå sentralt. Kjetland & Nordstad påpeker at sykepleier har en sentral rolle i den polikliniske oppfølgingen av pasienten, der formålet er å bedre livskvaliteten ved å redusere plager og symptomer, forebygge videre utvikling av sykdommen og forebygge komplikasjoner ved behandlingen (Kjetland & Norstad, 2016, s. 470).

Forskning viser at pasienter forteller om vanskeligheter med å kontrollere symptomer (Rice et al, 2017). Dette ses også i studien til Alkan & Nural (2017), der det vises til et bredt symptom-bilde som har stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Samtidig hevdes det at dersom pasienten ikke overholder legemiddelbehandling, kostholdsråd, veiing, mosjon og vitale tegn, vil symptomene forverres. Videre viser forskningsresultater at pasienter ønsker informasjon og veiledning relatert til symptomer, hensikten med den medikamentelle behandlingen, samt prognose (Harding et al, 2008). Derfor vil viktigheten av å øke pasientens kunnskapsnivå, blant annet knyttet til dette, være helt sentralt.

##### **5.4.1 Ernæring og væskerestriksjoner**

Ernæringsproblematikk ses svært hyppig hos pasienter med kronisk hjertesvikt (Kjetland & Norstad, 2016, s. 469). Det fremkommer av forskningsresultatene til Alkan & Nural (2017) at 34,2 prosent hadde vanskeligheter med å følge hjertevennlig kosthold, noe som også bekreftes i forskning gjort av Harding et al (2008). Et riktig kosthold er viktig for å styrke hjertets pumpekraft og for ivaretagelse av kognitive og vitale funksjoner (Kjetland og Nordstad, 2016, s. 469). Derfor er det helt sentralt å legge til rette for et optimal ernæring bestående av begrensede mengder salt for å hindre væskeretensjoner i kroppen og videre forverring av hjertesvikten. Videre bør sykepleier informere om et hjertevennlig kosthold eksempelvis bestående av flerumettede fettsyrer og salterstatninger (Helsebiblioteket, 2019). En anbefaling fra Helsedirektoratet er å unngå prosessert mat og heller lage mat fra bunnen for å kunne

kontrollere mengden salt. På tross av denne anbefalingen oppgir Stubberud (2016) at symptomer som fatigue og dyspné, samt mangel på motivasjon og energi, kan gjøre selv lystbetonte oppgaver som matlaging utmattende. I motsetning til rådet om saltfattig kost, hevder Eikeland et al at det mangler robust dokumentasjon på effekten av å minske inntaket av salt (Eikeland et al, 2016, s. 260).

Et annet fokus ved veiledning av pasientgruppen er å etterstrebe optimal vekt. På den ene siden er vektreduksjon et svært viktig tema hos den overvektige, da det vil minske belastningen på det allerede overbelastete hjertet. Imidlertid må sykepleier kartlegge pasientens ernæringsmessige risiko, da vektreduksjon hos normalvektige kan medføre kardiogen kakeksi, som er en tilstand med redusert minuttvolum og hjertefrekvens (Kjetland & Norstad, 2016, s. 470-471). Under veiledning om vektreduksjon er det sentralt å utforme små og realistiske mål som er mulig å gjennomføre sammen med pasienten. Dette for å øke motivasjonen og fremme mestringsfølelse (Kjetland & Norstad, 2016, s. 470). På denne måten ivaretar sykepleier pasientens selvbestemmelsesrett, som er en forutsetning for å ta ansvar for egen helse (Ursin, 2021). Dette påpeker også Tveiten, der hun hevder at dersom pasienten selv kan ha påvirkning på innholdet, kan veiledningen kjennes mer meningsfull (Tveiten, 2020, s. 94). Samtidig hevder Kjetland & Norstad at informasjon om kostholdsveiledning forhindrer eksaserbasjon og reduserer dødelighet (Kjetland & Norstad, 2016, s. 470).

Et annet fokusområdet for veiledning kan være væskerestriksjoner, ettersom 58,1 % av pasientene i studien til Alkan & Nural (2017) oppgir vanskeligheter med å overholde væskerestriksjoner. Pasienter med alvorlig hjertesvikt bør i all hovedsak holde seg til 1-1,5 liter i døgnet, med noen unntak (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 471). Dette for å redusere symptomer og plager, samt en forverring av sykdommen. Det er nærliggende å tenke at enkelte pasienter kan ha en oppfatning av at væskeinntak kan skade hjertet ytterligere, og dermed forsøke å drikke minimalt. Tvert imot kan alvorlig dehydreringstilstander, som følge av lite væskeinntak, medføre nyreskade (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 471).

## **5.5 Symptomhåndtering og observasjon av forverring**

### **5.5.1 Ødemutvikling**

Røsten bemerker at livskvalitet kan fremmes gjennom behandling av sykdom og symptomer (Røsten, 2009, s. 80). I tillegg hevder forskning av Rice et al (2017) at dersom pasienten får veiledning innen tidlig identifisering av eksaserbasjon, vil mortaliteten reduseres ytterligere. Derfor vil et viktig tema for veiledning være å lære pasienten å gjenkjenne tegn til forverring av hjertesvikten. Dette kan blant annet ses ved for eksempel økende ødemutvikling, som særlig observeres ved føtter og bein, samt sakrale områder ved sengeleie (Stubberud, 2016, s.120). Samtidig vil det være hensiktsmessig å undervise pasienten om sammenhengen mellom vektøkning og ødemutvikling ved hjertesvikt (Stubberud, 2016, s. 120). Resultater fra forskning viser således at pasienter ikke veier seg daglig, der hele 91,5 % i stor grad avviker fra dette (Alkan & Nural, 2017). Derfor vil det være viktig å få pasienten til å se nytteverdien av daglige kontroller. I tillegg påpeker Stubberud at vektøkning kan være et mer presist tegn på væskeretensjon, og ved vektoppgang på over 2 kg, må lege kontaktes for eventuelle legemiddeljusteringer (Stubberud, 2016, s. 120). Videre er administrering av slyngediuretika et viktig behandlingstiltak ved økende væskeopphopning, og veiledning knyttet til dette vil derfor være av stor betydning (Kjetland & Norstad, 2016, s. 463). Forskning gjort av Harding et al (2008) viser først og fremst at pasienter ikke etterlever inntaket av vanndrivende medikamenter på grunn av ulempen det medfører og manglende forståelse. Eksempelvis at pasienten har hyppig vannlating om natten. Sykepleier bør derfor gi pasienten informasjon om at konsekvensene ved væskeopphopning kan forverre tilstanden og i verste fall kan medføre lungeødem (Helsenorge, 2019). Diuretika kan i tillegg gi praktiske og sosiale utfordringer for pasienten. Derfor vil veiledning om egenomsorg og egendosering av diuretika ut fra symptomene pasienten opplever og daglige vektmålinger forebygge dette (Oppdahl, 2021).

### **5.5.2 Utvikling av dyspné**

I studien til Alkan & Nural (2017) rapporteres det om en høy forekomst av symptomer som pustebesvær, der hele 81,2% oppgir dette som en stor byrde. I tillegg påpekes det at kortpustethet, manglende energi og søvnproblematikk ved hjertesvikt er de viktigste årsakene til reinnleggelse ved sykehus (Alkan & Nural, 2017). Dette bekrefter også Stubberud, der han

informerer om at dyspné er et symptom som preger pasientens livskvalitet i svært stor grad, der det er nærliggende å tro at følelsen av å ikke få puste er svært belastende (Stubberud, 2016, s.118). Situasjoner som skaper angst og uro kan øke sympatikusaktivering og medføre forverring av hjertesvikten, og det bør derfor informere om dette ved veiledningen (Stubberud, 2016, s.127). Sykepleier må derfor bruke sin veiledende funksjon med et formål om at pasienten skal bli mindre tungpustet og mer komfortabel, for en bedret livskvalitet (Eikeland et al, 2016, s. 259). Veiledning innen pusteteknikk vil derfor være betydningsfullt, da dette kan bedre oksygenopptaket og samtidig virke beroligende og avslappende for pasienten (Kjetland & Norstad, 2016, s. 462). Å ta i bruk et pulsoksymeter for å vise pasienten hvor stor effekt slike pusteteknikker har på oksygenmetningen, kan øke pasientens motivasjon til å gjøre samme øvelser hjemme (Kjetland & Norstad, 2016, s. 462).

### **5.5.3 Pasientens fysiske funksjon**

I følge Stubberud kan fatigue og dyspné være faktorer som begrenser pasientens aktivitetsnivå ved hjertesvikt (Stubberud, 2016, s.119). Årsaken kan også skyldes redusert skjelettmuskelfunksjon grunnet redusert blodstrøm til muskulaturen. Fysisk tretthet kan gjøre at pasienten fortere blir sliten ved anstrengelser og ved utviklingen av fatigue kan ekstrem utmattelse forekomme (Stubberud, 2016, s.119). Sykepleier må derfor veilede innenfor dette temaet, da fysisk aktivitet er grunnleggende for å forbedre den perifere utnyttelsen av tilført oksygen, samt for å oppnå bedre livskvalitet. Til tross for dette oppgir resultater fra pasienter i forskning gjort av Alkan & Nural (2017) at de har vanskeligheter med å opprettholde fysisk funksjon på grunn av fatigue og dyspné. Dessuten fremkommer det at de sliter med engstelse for å overbelaste hjertet og utvikle pustebeviser. I følge Alkan & Nural (2017) rapporterte 86,3% av deltakerne at fysisk aktivitet var noe de nedprioriterte. På den ene siden må sykepleier møte pasienten med forståelse for at opplevelsen av å ikke få puste kan være svært skremmende. På den andre siden vil en essensiell sykepleieroppgave være å informere pasienten om viktigheten av fysisk aktivitet, da kunnskap hos pasienten gjør at angstsymptomer reduseres og etterlevelse av egenomsorg, bedres (Eikeland et al, 2016, s. 261). I tillegg kommer det frem i Helsedirektoratets aktivitetshåndbok (2015) at fysisk trening redusere mortaliteten med 35% ved kronisk hjertesvikt, i tillegg til færre sykehusinnleggelser.

#### **5.5.4 Veiledning knyttet til psykososiale utfordringer**

Som tidligere nevnt kan kronisk hjertesvikt få uheldige konsekvenser for pasientens livskvalitet og livsutfoldelse (Kjetland & Norstad, 2016, s. 473). For mange vil dette kunne medføre isolering, frustrasjon og sinne knyttet til de fysiske begrensningene som hjertesvikten skaper, som igjen påvirker pasientens psyke. På bakgrunn av disse negative faktorene poengterer Stubberud at depresjon forekommer hyppig (Stubberud, 2016, s. 119). Dette bekreftes også i forskningen til Harding et al (2008), der manglende informasjon om prognose og tilstand medførte depresjon hos deltakerne i studien, og at hyppigheten av ikke-planlagte innleggelse økte. Sykepleiers polikliniske ansvar blir derfor psykososial støtte, der han/hun på den ene siden skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten etter de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund). Forskning viser at utfordringer kan oppstå, da pasienter kanskje ikke vet hva de skal spørre om. I tillegg forteller flere pasienter at de ikke vil være til bry, der de ser at tidspress preger hverdagen til helsepersonell (Harding et al, 2008). Derfor er det helt sentralt at sykepleier setter av god tid til pasienten, aktivt lytter og er genuint interessert i pasientens følelser og opplevelser (Kjetland & Norstad, 2016, s. 474).

Stubberud hevder at opplevelsen av angst og utrygghet kan hemme mestrings- og egenomsorgsevne hos pasienter med hjertesvikt (Stubberud, 2016, s. 127). Dette kan studien til Harding et al (2008) bekrefte, da det kommer frem at 9 av 20 pasienter rapportere angst, sinne og skam relatert til manglende informasjon om videreutvikling av hjertesvikten. Videre hevder Stubberud at økt kunnskap kan bidra til at pasienten føler seg trygg og i større grad mestrer livet med hjertesvikt. Derfor anbefales det at sykepleier veileder pasienten i egenomsorgsintervensjoner, da dette kan bidra til reduksjon av symptomer og forebygging av eksaserbasjoner (Stubberud, 2016, s. 127). Med egenomsorgsintervensjoner menes hva pasienten selv kan ta ansvar for med tanke på å opprettholde fysisk funksjon, gjenkjenne symptomer og følge opp medisinsk behandling (Eikeland, 2013, s. 229). Videre burde pasienten forsøke å se på de mulighetene som finnes og ikke begrensningene sykdommen kan være medføre. Dette hevder Kjetland & Nordstad vil forebygge ensomhet og øke mestringsfølelsen, som igjen kan fremme livskvaliteten (Kjetland & Norstad, 2016, s. 474-475).

### **5.5.5 Legemiddelbehandling og etterlevelse**

Et annet sentralt tema for veiledning er etterlevelse av legemiddelbehandling. Dette fordi forskning gjort av Harding et al (2008) viser at pasienter rapporterer mangelfull informasjon og lite kunnskap om hensikten ved medikamentbruken. Samtidig bekrefter studien til Alkan & Nural (2017) at hele 37,6 % ikke følger sine forordnede legemidler, da de synes det er vanskelig å ta de regelmessig. Det er derfor svært viktig å informere pasienten om at dårlig etterlevelse av forordnet legemiddelbehandling, er en hyppig årsak til eksaserbasjon, samt reinnleggelse i sykehus (Kjetland & Nordstad, 2016, s.467). Fagartikkelen til Oppdahl et al (2021) bekrefter også at den hyppigste årsaken til reinnleggelse på sykehus er manglende etterlevelse av medikamenter. Til tross for veiledningen gjort av sykepleier, kan utfordringer knyttet til motforestillinger til medikamentbruk hos pasienten, oppstå. Fokusområdet til sykepleier burde på den ene siden være å øke pasientens motivasjon gjennom å heve pasientens kunnskapsnivå og informere om uheldige komplikasjoner ved å ikke etterfølge legemiddelbruk (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 467). På den andre siden må sykepleier huske at samtykkekompetente pasienter har en lovfestet rett til å ta selvstendige valg knyttet til forordnede legemidler jf. Pasient-og brukerrettighetsloven (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 466). Likevel skal informasjon om hvorfor de forordnede legemidlene skal brukes, virkningen og hvilke konsekvenser som kan oppstå dersom de ikke blir tatt, gis til pasientene som mottar undervisning og veiledning (Kjetland & Norstad, 2016, s. 467).

### **5.6 Valg av veilednings- og undervisningsmetode**

Valg av veilednings- og undervisningsmetode skal ta utgangspunkt i læreforutsetninger, hensikt og innhold. Tveiten viser til flere veilednings- og undervisningsmetoder, blant annet dialog, gruppeundervisning, skriftlig materiell eller illustrasjon (Tveiten, 2020, s.158). Det vil være svært individuelt hvilken metode som fungerer best for den enkelte pasient, og derfor må sykepleier møte pasienten der han/hun er. Det som er sikkert er at veiledning må utføres, der sykepleier plikter å utføre forsvarlig, god og omsorgsfull sykepleie. Ved å unnlate veiledning til pasienten vil sykepleier utføre uforsvarlig sykepleie noe som strider med Helsepersonelloven §4 (1999). Tveiten hevder at en kombinasjon av både dialog og skriftlig undervisningsmateriell, kan gi optimal effekt av veiledningen. En forutsetning ved denne typen veiledning er at sykepleier og pasient går gjennom det skriftlige materialet sammen, slik

at sykepleier kan sikre at innholdet er forstått (Tveiten, 2020, s.158). Et annet alternativ kan være veiledning gjennom telefon, der forskning gjort av Rice et al (2017) viser at pasienter som fikk sykepleieveiledet undervisning gjennom telefon og i tillegg fikk tilsendt et skriftlig materiale, ga utslag. Undervisningen bygget på veiledning knyttet til kosthold, aktivitet og viktigheten av å reagere tidlig ved symptomer på forverring.

På den ene siden kan individuell veiledning bidra til en god dialog mellom sykepleier og pasient, der man kan anta at pasienten er mer delaktig og at personsentrert veiledning står i sentrum. Tveiten hevder også at dialog skaper en aktiv veiledningsprosess som kan engasjere pasienten (Tveiten, 2020, s.158). Her er det også lettere for sykepleier å utføre det lovfestede ansvaret om medvirkning i eget behandlingsforløp (Pasient-og brukerrettighetsloven, §3-1). På den andre siden kan gruppeveiledning være hensiktsmessig i enkelte tilfeller, da pasienter med kronisk hjertesvikt får utvekslet erfaringer og ser at man ikke står alene (Tveiten, 2020, s. 177). Dette kan gi en følelse av samhørighet som kan styrke pasientens selvfølelse. Gruppeveiledning kan også være gunstig dersom pasientene har et felles mål, eksempelvis å mosjonere oftere eller endre kostholdsvaner. Et eksempel fra Den Norske Legemiddelhåndboken (2016) viser til en studie der regelmessig fysisk aktivitet i grupper ga bedre resultater enn individuell aktivitet. Likevel kan undervisning i grupper føre til at pasienter holder tilbake informasjon på grunn av frykten for å skille seg ut eller det å snakke i store forsamlinger (Tveiten, 2020, s. 184). Dette viser viktigheten av at veileder skaper et klima som består av tillit, trygghet og rom for åpenhet (Tveiten, 2020, 181). Dessuten kan det også tenkes at de som trenger veiledning mest, ikke alltid deltar på gruppeveiledning (Tveiten, 2020, s. 177).

## **5.7 Er hensikten med veilednings- og undervisningsopplegget oppnådd?**

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pliktes det å forsikre seg om at informasjonen som er gitt til pasienten er forstått (Norsk Sykepleierforbund). Derfor vil det være betydningsfull å ta stilling til hvilket læringsutbytte pasienten har hatt etter endt veiledning. Her oppgir Tveiten at gjennom samtale med pasienten, kan sykepleier få et inntrykk av hva pasienten har forstått, og videre vurdere hvilket oppfølgingsbehov vedkommende har (Tveiten, 2020, s. 167). Det kan blant annet stilles spørsmål til pasienten for å få et inntrykk av om hensikten med veiledningen er nådd, men her må sykepleier sørge

for at han/hun ivaretar vedkommendes opplevelse av likeverd og respekt. I forskning gjort av Alkan & Nural (2017) opplyses det om at kun 46% av deltakerne har forstått informasjonen som ble gitt. Dette viser et stort avvik, der det kan tenkes at vurdering rundt pasientens forståelse av innhold ikke er tatt stilling til. Eikeland et al viser til viktigheten av å etterspørre om informasjonen er forstått, ettersom dette kan ha stor innvirkning på om pasienten klarer å ivareta sin egenomsorg, og videre etterspørre veiledning når tilstanden endrer seg (Eikeland et al, 2016, s. 261). Det viktigste etter veiledningen er at pasienten sitter igjen med økt kunnskap, er mer bevisst på egen sykdomstilstand, føler på mestring og økt motivasjon. Alle disse faktorene vil bidra til å fremme egenomsorg og bedre livskvaliteten (Eikeland et al, 2016, s. 261)



## 6 Avslutning og konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at livet med kronisk hjertesvikt har stor påvirkning på alle aspekter av livskvalitet. Pasientene sliter med en hverdag preget av symptomer og lever med en usikker og begrenset livsutfoldelse. Optimal behandling kan bedre leveutsiktene, men den kroniske sykdommen vil fremdeles berøre pasienten i stor grad. Eksempelvis ses psykiske belastninger som fatigue, angst og depresjon nokså hyppig. En ser at behovet for veiledning, undervisning og psykososial støtte er helt sentralt for å fremme pasientens livskvalitet. Ved et økt kunnskapsnivå og sykdomsforståelse vil pasienten ha en forutsetning for ivareta egenomsorg, ta valg som forhindrer eksaserbasjon og videre oppnå en bedret livskvalitet. I tillegg må sykepleier fremme brukermedvirkning, da dette kan bidra til økt motivasjon.

Når sykepleier sørger for at innholdet i veiledningen og undervisningen samsvarer med pasientens mål og behov for informasjon, vil dette virke betydningsfullt. Pasienter har ulike erfaringer, forutsetninger og informasjonsbehov, men gjennomgående ses lite kunnskap om blant annet kosthold og væskerestriksjoner, samt symptomhåndtering og medikamentell etterlevelse. På bakgrunn av faktorer som påvirker sykepleieutøvelsen ved sykehus, derav tidspress og fokus på å avklare den akutte fasen, vil derimot oppfølging på hjertepoliklinikker gi bedre egenomsorg og etterlevelse av legemiddelbruk og livsstilsrestriksjoner.

Avslutningsvis kan det konkluderes med at behovet for veiledning og undervisning er stort hos pasientgruppen, og hovedmålet bør være å bedre pasientens livskvalitet på lik linje som symptombedring og prognose. Likevel ses behovet for videre forskning innenfor dette fagfeltet.

## 7 Referanseliste

Alkan & Nural. (2017). Evaluation of symptoms and predictors in patients with heart failure in turkey. *Journal of hospice & palliative nursing*. doi: 10.1097/NJH.0000000000000382

Ariansen. H. K, Sulo, G., Kvåle, R., Olsen, K. & Selmer, R, M. (2021). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

Bang, N, R. (2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet . Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Christiansen, B. (Red.). (2020). *Helseveiledning*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS

Den Norske legemiddelhåndboka (2016) hentet fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/T8.6.1/Kronisk\\_hjertesvikt](https://www.legemiddelhandboka.no/T8.6.1/Kronisk_hjertesvikt)

Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. D.-G. Stubberud., R. Grønseth. & A. Hallbjørg. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 230- 280). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. (2019). *Alderdøm*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/alderdom>

Farstad I, N. (2020) *Eksaserbasjon*. Store Medisinske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/eksaserbasjon>

Fålun, N., Instenes, I. & Norekvål, M. T. (2013) *Hjertesvikt krever spesialkompetanse*. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/hjertesvikt-krever-spesialkompetanse>

Gyldendal. Hentet fra: <https://www.gyldendal.no/forfattere/dag-gunnar-stubberud/a-10019003-no/>

Harding. R., Selman. L., Beynon. T., Hodson. F., Coady. E., Read. C., Walton. M., Gibbs. L. & Higginson. I. J. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *J Pain Symptom Manage.* 36(2):149-56. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2007.09.012](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.012)

HelseNorge. (2019). *Hjertesvikt- symptomer og behandling*. HelseNorge. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjertesvikt/>

Hole T, Grundtvig M, Gullestad L, Flønæs, B. & Westheim A. (2010). Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian Heart Failure Registry. *European journal of heart failure*. PMID: 20847014 DOI: 10.1093/eurjhf/hfq156

Håheim, V., Mikaelson, I., Liabø, K., Bollerud, M., Warhuus, M., Jørundland, F, K., Råmunddal, H, G., Stenseth, S, E. & Johansson, P. (2015). *Hjertesvikt-behandling i poliklinikk*. Helsebiblioteket. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/hjertesvikt-behandling-i-poliklinikk>

Kjetland, B, M. & Norstad, G, M. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. D-G, Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447-517). Cappelen Damm AS.

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Nasjonalforeningen for folkehelse. (2021) *Hjertesvikt*. Nasjonalforeningen. Hentet fra: <https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjertesvikt/>

- Norsk sykepleierforbund. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oppdahl T, H, Sveinsdottir, V. & Holm, S, M. (2015). *Hjertepasienter tar ikke medisiner riktig*. Sykepleien. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2015/09/medikamentetterlevelse>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Pedersen, R. K. & Vrenne, B. Å. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning?. *Sykepleien* 2012;100(7):(52-54). <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0070>
- Rice H, Say R, Betihavas V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalization, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 101(3):363-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002>
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A, H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.), s. 416-439). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. D.-G. Stubberud. (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesvikt*. (s. 115-134). Cappelen Damm AS.

Tidemann, M. U. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsbok i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.) Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2019). *Veiledning: mer enn ord*. (5. utg.). Vigmostad & Bjørke AS

Ursin, L. (2021) *De fire prinsipper*. Store medisinske leksikon. Hentet fra:  
[https://sml.snl.no/de\\_fire\\_prinsipper](https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper)

Vågan., A. & Hvinden., K. (2020) Den didaktiske relasjonsmodellen i en læring- og mestringskontekst. A., Vågan. (Red.), *Helsepedagogiske metoder: teori og praksis*. (Kap 10, s. 219-237). Gyldendal Norsk Forlag

Wahl, K. A. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. S, Næss., T, Moum. & J, Eriksen (Red.). *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s.191-197) Fagbokforlaget

Ørn. S. & Brunvand. L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. S. Ørn & Bach-Gansmo. E. (Red.). *Sykdom og behandling*. (2. utg. s. 164-214). Gyldendal Norsk Forlag AS.