



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	294
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7982
Engelsk tittel *:	Can nurses prevent readmissions for elderly heart failure patients?

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 6
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Kan sykepleiere forebygge reinnleggelser for eldre hjertesviktpasienter?

Can nurses prevent readmissions for elderly heart failure patients?

Kandidatnummer 294

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato 21.04.21

Antall ord: 7982

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Kan sykepleiere forebygge reinnleggelser for eldre hjertesviktpasienter?

Bakgrunn: Hjertesvikt er en helsetilstand som representerer et alvorlig og stadig økende helseproblem. Tilstanden utvikler seg stadig, og hjertesviktpasienter blir ofte reinnlagt i sykehus kort tid etter utskrivelse. Gjennom mine praksisperioder og arbeidshverdager har jeg observert at pasienter får for lite informasjon om sykdomsforløpet og hvilke retningslinjer de bør forholde seg til. Å kjenne til hvordan en sykepleier kan bidra til å gi informasjon, veiledning, støtte og oppfølging av pasienter med hjertesvikt er derfor viktig med tanke på sykepleierens ansvar.

Hensikt: Å oppnå økt kunnskap og forståelse for hjertesviktpasienters livssituasjon. Jeg ønsker å finne ut om sykepleiere kan bidra til å forebygge reinnleggelser for denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge reinnleggelser i sykehus for eldre pasienter med hjertesvikt?

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Oppgaven er basert på relevant forskning og faglitteratur. Forskning og teori er blitt vurdert og drøftet for å finne svar på problemstillingen.

Funn: Hjertesviktpasienter opplever at de ikke får nok informasjon om sykdommen og hvordan den utvikler seg. Flere pasienter opplever utfordringer med å overholde restriksjonene som blir gitt, og synes det er vanskelig å forstå sammenhengen mellom sykdommen og symptomene som oppstår. Sykepleierens pedagogiske funksjon er viktig i møte med hjertesviktpasienter og deres pårørende. Pasienter som ble fulgt opp av kommune- og spesialisthelsetjenesten, hadde færre reinnleggelser og mer kunnskap om sykdommen.

Konklusjon: Sykepleiere kan bidra til å redusere reinnleggelser for hjertesviktpasienter ved å gi undervisning og veiledning av høy kvalitet og forsikre seg om at innholdet er forstått. Gjennom oppfølging i kommune- og spesialisthelsetjenesten får sykepleierne gode muligheter til å observere tegn til forverring av tilstanden tidlig, og har dermed mulighet for å iverksette tiltak for å forhindre reinnleggelser.

Abstract

Title: Can nurses prevent readmissions for elderly heart failure patients?

Background: Heart failure is a health condition that represents a serious and ever-increasing health problem. The condition is constantly evolving, and heart failure patients are often readmitted to hospital shortly after discharge. Through my work and my internship as a nursing student, I have observed that patients receive too little information about the course of the disease and what guidelines they should adhere to. Knowing how a nurse can contribute to providing information, guidance, support, and follow-up of patients with heart failure is therefore important regarding the nurse's responsibility.

Aim: To achieve increased knowledge and understanding of the life situation of heart failure patients. I want to find out if nurses can help prevent readmissions for this patient group.

Research question: How can nurses help prevent readmissions for elderly patients with heart failure?

Method: Literature study is used as a method. The thesis is based on relevant research and academic literature. Research and theory have been assessed and discussed to find answers to the research question.

Findings: Heart failure patients experience that they do not receive enough information about the disease and how it develops. Several patients experience challenges in complying with the restrictions that are given and find it difficult to understand the connection between the disease and the symptoms that occur. The nurse's pedagogical function is important in meeting with heart failure patients and their relatives. Patients who were followed up by the municipal and specialist health services had fewer readmissions and more knowledge about the disease.

Conclusion: Nurses can help reduce readmissions for heart failure patients by providing high quality teaching and guidance and ensuring that the content is understood. Through follow-up in the municipal and specialist health services, the nurses get great opportunities to observe signs of deterioration of the condition early, and thus have the opportunities to implement measures to prevent readmissions.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	1
1.1 Teoretiske perspektiver	1
1.1.1 Joyce Travelbee's sykepleierteori	1
1.1.2 Hjertesvikt	2
1.1.3 Reinnleggelser	3
1.1.4 Forebygging	3
1.1.5 Sykepleierens rolle og funksjon	4
1.1.6 Tidligere forskning	5
1.2 Valg av tema - Bakgrunn og hensikt	6
1.3 Problemstilling med avgrensninger og presisering	6
2.0 Metode	7
2.1 Definisjon av metode	7
2.2 Litteraturstudie som metode	7
2.3 Metodekritikk	8
2.4 Søkeprosess	8
2.4.1 Litteratursøk	8
2.4.2 Artikkelsøk	9
2.4.3 Kildekritikk	10
2.5 Forskningsetikk	10
3.0 Presentasjon av artikler	12
3.1 Artikkel 1	12
3.2 Artikkel 2	12
3.3 Artikkel 3	13
3.4 Artikkel 4	14
3.5 Artikkel 5	15

3.6	Artikkel 6	16
3.7	Oppsummering av hovedfunn	17
4.0	Drøfting	18
4.1	Undervisning og veiledning til pasienter og pårørende	18
4.2	Hjertesviktpasienters behov for oppfølging	22
5.0	Konklusjon.....	26
	Litteraturliste	27
	Vedlegg 1: Oversikt over søk i Cinahl.....	1
	Vedlegg 2: Oversikt over søk i Medline	1
	Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	1
	Vedlegg 4: Sjekkliste for en kvalitativ studie	1

1.0 Bakgrunn

I 2016 ble det fremlagt en kvalitetsmåling i forhold til 30 dagers reinnleggelser etter sykehusopphold. Det ble benyttet data fra 2013-2015 for diagnosespesifikke reinnleggelser. I rapporten kommer det frem at 24,3% av hjertesviktpasientene i Norge ble reinnlagt i sykehus, noe som betyr at ca. hver fjerde hjertesviktpasient blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter utskrivelse (Hansen et al., 2016, s. 20). Hjertesvikt blir regnet som en av de fem diagnosegruppene som har hyppigst forekomst av reinnleggelser. Dette utgjør store samfunnskostnader, både i form av økt sykdomsbyrde og økte helsetjenestekostnader (Stokke et al., 2019, s. 11).

Reinnleggelser i sykehus kan oppleves belastende både for pasienter og pårørende, samt helsetjenesten (Hansen et al., 2016, s. 8). Det kan være belastende for pasientene fordi de stadig opplever avbrudd i dagliglivet, noe som kan øke bekymringer hos både pasient og pårørende. I tillegg kan reinnleggelser føre til usikkerhet, pasienten forstår kanskje ikke helt hva som skjer i kroppen og kan dermed bli bekymret for fremtiden. For helsevesenet kan det være belastende med reinnleggelser av hjertesviktpasienter fordi det kreves mye ressurser for å stabilisere pasienten igjen. Likevel kan reinnleggelsene være helt nødvendige for at pasienten skal få god helsehjelp (Folkehelseinstituttet [FHI], 2019).

1.1 Teoretiske perspektiver

1.1.1 Joyce Travelbee's sykepleierteori

Travelbee sin definisjon av sykepleie: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Hun sier sykepleie er en «mellommenneskelig prosess» siden det alltid handler om mennesker, enten direkte eller indirekte. At sykepleien blir beskrevet som en prosess har sammenheng med at det alltid foreligger forandringer og utviklinger. Hun påpeker at det å kunne identifisere, være i stand til å frembringe

forandringer og være innsiktsfull og omtenkssom, er en viktig sykepleieaktivitet (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Mennesker som er syke, har behov for hjelp til å finne mening i de tiltakene og reglene de bør følge for å ivareta helsen sin og holde sykdommen under kontroll. Det er viktig at sykepleieren etablerer en relasjon til den syke for å vise at de ikke er alene og at de blir forstått. Slik kan sykepleiere hjelpe syke mennesker til å mestre sykdom og lidelse som erfaring (Travelbee, 1999, s. 35). Den syke vil ha behov for helsefremmende undervisning, opplæring og informasjon. Sykepleieren bør prøve å se for seg noen av problemene den syke vil kunne oppleve, og forberede vedkommende og eventuelt pårørende på hvordan de skal håndtere problemene (Travelbee, 1999, s. 257-258).

1.1.2 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en tilstand som innebærer at hjertemuskelen blir svekket. Hjertet klarer ikke å pumpe nok blod ut i sirkulasjonen, noe som fører til at kroppens vev ikke får den nødvendige blodmengden som trengs for å opprettholde normal funksjon (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176). Dermed reduseres minuttvolumet, som kan ha sammenheng med svekket pumpekraft og at hjertets evne til å fylle seg er redusert (Gullestad, 2019, s. 194). De vanligste årsakene til hjertesvikt er iskemisk hjertesykdom og hypertensjon. Andre årsaker kan blant annet være kardiomyopati, klaffefeil, hjertearytmier, myokarditt og aldrende hjerter. Men det kan også være ekstrakardiale årsaker som diabetes, kols, infeksjoner og overvekt (Stubberud, 2016b, s. 115). Karakteristiske symptomer ved hjertesvikt er redusert fysisk yteevne, dyspné (som forverrer seg ved anstrengelse og når pasienten legger seg ned) og ødemer. Ved hjertesvikt klarer ikke venstre ventrikkel å pumpe nok arterielt blod ut i kroppen til å forsyne skjelettmuskulaturen med tilstrekkelige mengder oksygen, dermed opplever pasientene redusert fysisk yteevne. Svekkelsen av venstre ventrikkel vil videre føre til at pasientene opplever dyspné fordi det oppstår lungestuvning. Dette oppstår fordi høyre ventrikkel pumper mer blod gjennom lungene enn det venstre ventrikkel klarer å pumpe videre ut i kroppen. Dermed hoper det seg opp med blod i lungevenene. Hjertesviktpasientene blir ofte rammet av ødemer, som oppstår på grunn av

væskeopphopning i kroppen. Økt aldosteron utskillelse fører til væskeretensjon på grunn av tilbakeholding av natrium i nyrene. Dermed hoper væsken seg opp i kroppen, noe som bidrar til økt arbeidsbelastning for hjertet, og lungestuvningen øker (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177). Personer med hjertesvikt vil kunne oppleve perioder med forverring av hjertesvikt, etterfulgt av gradvis reduksjon av funksjoner. Når slike forverringer oppstår, vil personen oppleve økte symptomer i form av dyspné ved mindre anstrengelse enn tidligere, økte ødemer og redusert fysisk yteevne. Derfor er det viktig at disse personene blir fulgt opp og observert, slik at man kan sette inn tiltak for å redusere symptomene tidligst mulig (Ørn & Brunvand, 2016, s. 178).

1.1.3 Reinnleggelser

Reinnleggelser blir ofte definert som uplanlagte og akutte sykehusinnleggelser som finner sted innen 30 dager etter utskrivelse. Dette kan være et tegn på lite hensiktsmessige pasientforløp eller kvalitetssvikt. Det kan imidlertid også være et tegn på at pasientene får god behandling, for eksempel tett oppfølging i forbindelse med «åpen retur» på grunn av kronisk sykdom (Lorentzen et al., 2020). Sannsynligvis kan mange reinnleggelser unngås. Kjente risikofaktorer for reinnleggelser er blant annet dårlig samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, manglende diskusjon rundt behandlingsmål, for tidlige utskrivelser og at pasientene ikke vet hvem de skal kontakte etter hjemreise (Auerbach et al., 2016, s. 484).

1.1.4 Forebygging

Forebyggende arbeid er en viktig del av sykepleiernes oppgaver. Mange pasienter har langvarige lidelser, derfor må man jobbe mot å hindre forverring av sykdom, skader og svikt i funksjoner. Forebyggende arbeid vil først og fremst være rettet mot hvert enkelt individ, og sykepleien vil veksle mellom å hjelpe pasientene i forhold til grunnleggende behov, forebygging, behandling og rehabilitering (Birkeland & Flovik, 2018, s. 48). Pasienter med hjertesykdom har høy risiko for komplikasjoner og tilleggslidelser, derfor har sykepleierens forebyggende funksjon en viktig rolle for pasientenes resultat av behandlingen (Stubberud, 2016a, s. 29). Man kan dele forebygging inn i tre kategorier:

- Primærforebygging, det vil si at man forhindrer sykdom hos friske mennesker
- Sekundærforebygging, at man hindrer at sykdommen forverrer seg, utvikler seg eller kommer tilbake
- Tertiærforebygging, redusere de konsekvensene som sykdommen gir.
(Rannestad & Haugan, 2016, s. 26).

I forhold til pasienter med hjertesvikt er det sekundær- og tertiærforebygging man må fokusere på, da de allerede har en kronisk sykdom. Sekundærforebygging handler om å blant annet observere, vurdere, identifisere og kartlegge pasientens grunnleggende behov og vitale funksjoner, overvåke tilstanden til pasienten, planlegge og prioritere nødvendige tiltak og sikre kontinuitet i pasientens behandling. I tillegg må man kunne handle kompetent i akutte og vanskelige situasjoner (Stubberud, 2016a, s. 30). Tertiærforebygging går ut på å redusere konsekvenser eller følgetilstander ved sykdom, funksjonssvikt og skader. En skal forhindre at det oppstår komplikasjoner i forbindelse med undersøkelser og behandling. I tillegg skal man hindre at pasientene får nye helseproblemer (Jacobsen, 2016, s. 72).

1.1.5 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleieryrket omfatter funksjoner eller områder som utgjør funksjons- og ansvarsområder for sykepleiere. Noen av disse funksjonsområdene er rettet mot pasienter og pårørende, deriblant helsefremming, forebygging, lindring, rehabilitering, behandling, undervisning og veiledning (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Personer som har kronisk hjertesvikt, har en uhelbredelig diagnose. Forebygging av forverringer i helsetilstanden, samt behandling, lindring, undervisning og veiledning, kan anses som sykepleierens viktigste funksjon når de utøver sykepleie til disse pasientene.

Som sykepleiere skal man arbeide i tråd med loven. Sentrale lover som sykepleiere skal ha kjennskap til er Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999). I tillegg skal en forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene som tar utgangspunkt i

sykepleierens relasjoner mellom profesjon, pasient, pårørende, kollegaer, arbeidssted og samfunn (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019).

1.1.6 Tidligere forskning

Flere studier har tidligere undersøkt problemområdet med reinnleggelser for hjertesviktpasienter. En studie påpeker at tett oppfølging og støtte fra hjemmesykepleien, samt godt samarbeid mellom sykepleiere og leger, reduserer risikoen for reinnleggelser (McCauley et al., 2006, s. 305). Andre studier har funnet at sykepleierledet hjemmesykepleie var veldig effektivt for å redusere mengden reinnleggelser, noe som i tillegg bidro til å redusere helsekostnadene for hjertesviktpasientene (Feltner et al., 2014; Van Spall et al., 2017, s. 1439). I studien til Hesselink et al. (2014) ble det presisert at sykepleiere i sykehus kan bidra til å redusere reinnleggelser ved å fokusere på å gi god informasjon ved utskrivelse og godt koordinert omsorg, samt nøyaktig kommunikasjon med sykepleierne i kommunehelsetjenesten. I tillegg la de vekt på at pasientene og eventuelt pårørende skulle delta i utskrivelsesprosessen og være godt informert om sin helsestatus og behandlingsmetode. I en annen studie blir det konkludert med at oppfølging i hjertesviktpoliklinikk var en beskyttende faktor for reinnleggelser. I tillegg kommer det frem at klinikker som følger opp og fokuserer på å forbedre pasientens egenomsorg og kunnskap er effektive for å ivareta eller forbedre livskvaliteten til hjertesviktpasienter (Delgado et al., 2019, s. 311).

Med bakgrunn i denne forskningen, ser jeg at reinnleggelser er et problemområde som de bør rettes mer oppmerksomhet mot. For å kunne bidra til å redusere reinnleggelser må sykepleierne ha kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle. Ut fra tidligere forskning ser det ut som undervisning og veiledning, samt tett oppfølging i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, er faktorer som kan bidra til å forebygge reinnleggelser.

1.2 Valg av tema - Bakgrunn og hensikt

Bakgrunn for valg av tema, er min erfaring med å jobbe på hjerteavdeling. I denne jobben har jeg møtt flere pasienter med hjertesvikt. Mange av disse har jeg fulgt opp gjennom flere innleggelses. Gjennom både praksisperioder og arbeidshverdag har jeg observert at pasienter får for lite informasjon om hvordan hjertesvikten utvikler seg, samt hvilke tiltak og retningslinjer de bør forholde seg til. Dette styrker mitt ønske om å lære mer om sykdommen og hvordan sykepleiere kan bidra til å gi informasjon, veiledning, støtte og oppfølging til pasienter med hjertesvikt. Hensikten med å belyse dette temaet, er å skape større forståelse og kunnskap rundt hjertesvikt. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til å sette lys på hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å forebygge reinnleggelses for denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling med avgrensninger og presisering

Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge reinnleggelses i sykehus for eldre pasienter med hjertesvikt?

Oppgaven avgrenses til hjemmeboende eldre personer med kronisk hjertesvikt som har kommet så langt i sykdomsforløpet at de vil ha behov for oppfølging av hjemmesykepleien og/eller spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen avgrenses til personer over 65 år. Med reinnleggelses menes nye akutte innleggelses som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter forrige innleggelse (FHI, 2019). Jeg vil inkludere både kvinner og menn i oppgaven, da begge kjønn rammes av sykdommen. Sykdommens varighet vil ikke bli vektlagt, da utviklingen av sykdommen kan skje raskt. Pårørende vil bli nevnt i oppgaven, siden de kan være en viktig ressurs og bidra til trygghet for pasientene. utfordringer som er relatert til kognitiv svikt, kommer ikke til å bli drøftet i oppgaven. I møte med hjertesviktpasienter vil sykepleierens rolle både i hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten bli drøftet.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metode

Den systematiske fremgangsmåten man bruker for å hente inn informasjon og kunnskap til å belyse en problemstilling med, kalles metode (Thidemann, 2015, s. 76). Det er problemstillingen som avgjør hvilken metode man skal bruke. Metoden sier noe om hvordan man bør gå frem for å innhente og undersøke kunnskap, og hjelper oss til å hente inn den informasjonen som er nødvendig for undersøkelsen man skal utføre (Dalland, 2017, s. 51-52).

2.2 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. I litteraturstudier går man gjennom vitenskapelig litteratur, hovedsakelig forskningsartikler, og gjør en kritisk vurdering av dem og lager en sammenfatning av funnene i artiklene. Man systematiserer kunnskap fra en skriftlig kilde (Thidemann, 2015, s. 79). Litteraturstudier baserer seg på en tydelig formulert problemstilling. Denne skal besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Målet med litteraturstudier er at de skal gi leseren en oppdatert oversikt og forståelse av kunnskapen som finnes innenfor det bestemte temaet (Thidemann, 2015, s. 80). Litteraturstudier gir ingen ny kunnskap, men gjennom sammenligning av kunnskap fra ulike artikler og litteratur kan det føre frem til nye erkjennelser (Støren, 2013, s. 17).

Litteraturstudien min vil ta utgangspunkt i de vitenskapelige artiklene jeg har valgt, i tillegg vil pensumlitteratur og selvvalgt litteratur bli benyttet til å svare på problemstillingen. Jeg vil vurdere relevans av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i forhold til om de kan belyse problemstillingen min. Den kvalitative metoden tar utgangspunkt i menneskers meninger, tanker og opplevelser som det ikke er mulig å tallfeste eller måle. Data blir ofte innhentet i direkte kontakt med feltet, ofte bestående av intervjuer eller observasjoner, hvor det er et «jeg-du-forhold» mellom forskeren og undersøkelsespersonen (Dalland, 2017, s. 52-53). Denne metoden gir en dybdekunnskap siden man får mange opplysninger fra få

undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). Den kvantitative metoden baserer seg på tall og datasamlingen er lite fleksibel. Det er en god metode for å si noe om utbredelse, for eksempel kan det si noe om hvor mange hjertesviktpasienter som har ødemer (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Denne metoden fokuserer mer på breddekunnskap, og ønsker å få frem det som er representativt. Metoden består ofte av spørreundersøkelser som kan gi målbare data som kan overføres til tall. Dette muliggjør å finne ut gjennomsnittet av det som er undersøkt og sammenligne informasjonen (Dalland, 2017, s. 52-53).

2.3 Metodekritikk

Metodekritikk handler om å gjøre kritiske refleksjoner rundt metoden som er valgt. En må vurdere om den er nyttig i forhold til problemstillingen (Dalland, 2017, s. 54).

Retningslinjene for bacheloroppgaven innebærer metodevalget litteraturstudie. Det er første gang jeg skriver en litteraturstudie og gjør egen søkeprosess etter relevant litteratur. Derfor må jeg ta høyde for at jeg kan ha oversett artikler som er av relevans for problemstillingen. Eksempelvis kan jeg ha oversett søkeord som kunne gitt bedre resultater i litteratursøkene mine. Personlig mener jeg at jeg har brukt relevante søkeord, og tenker at jeg har funnet relevante artikler med nyttig informasjon til å belyse problemstillingen. Samtidig kan jeg ha oversett nyanser i artiklene, da de fleste artiklene publiseres på engelsk, noe som kan føre til at jeg har misforstått eller feiltolket setninger.

2.4 Søkeprosess

2.4.1 Litteratursøk

Det finnes mye litteratur rettet mot hjertesvikt, hjemmesykepleie, forebygging og sykepleierens funksjon, samt noe om reinnleggelser i pensumet for sykepleien. For å finne relevant litteratur, har jeg brukt Høyskolen på Vestlandet sin database, Oria. Jeg har også inkludert informasjon fra blant annet Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet, Lovdata og Norsk Sykepleierforbund. Noen av bøkene som er brukt finnes det flere utgaver av. I noen tilfeller måtte jeg bruke eldre utgaver, da det var vanskelig å få tak i de nyeste utgavene. Grunnen til det skyldes stor pågang rundt enkelte bøker på biblioteket ved høyskolen.

2.4.2 Artikkelsøk

For å finne relevant forskning har Høyskolen sine helsefaglige databaser blitt brukt. Databasene Medline og Cinahl er brukt i søkeprosessen. Her finner man fagfellevurdert forskning innen helse og sykepleie. Jeg har søkt etter artikler som belyser problemer som personer med hjertesvikt opplever i forhold til håndtering av sykdommen i hjemmet, samt hva de oppgir som grunner for eventuelle reinnleggelser. I tillegg har jeg søkt etter artikler som sier noe om sykepleierens rolle når det gjelder å følge opp, undervise og veilede personer med hjertesvikt, samt hvilke sykepleieintervensjoner som kan bidra til å redusere reinnleggelser for denne pasientgruppen. For å sikre at jeg fant ny og oppdatert forskning, har jeg søkt etter artikler som er publisert mellom 2011-2021. Fem av artiklene som blir brukt, er funnet i Cinahl og en artikkel er funnet i Medline. Jeg har kombinert flere søkeord for å finne artiklene. AND ble brukt mellom søkeordene for å avgrense søket. OR ble brukt mellom søkeordene for å utvide søket. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene ligger under vedlegg 3.

I Cinahl startet jeg søket med søkeordene *heart failure AND readmission OR rehospitalization AND reasons*, som gav 26 treff, og resulterte i at artikkelen til Sevilla-Cazes et al. (2018) ble inkludert i oppgaven. I det neste søket la jeg til søkeordet *patient education* og endte opp med kun 3 treff, av disse ble artikkelen til Gilotra et al. (2017) inkludert. Oversikt over alle artikkelsøkene som er utført i Cinahl ligger under vedlegg 1.

I et nytt søk brukte jeg databasen Medline. Her startet jeg søket med søkeordet *heart failure* og fikk 122 575 treff. Videre la jeg til *patient readmission* (18 673 treff), *nurs** (750 039 treff) og *prevent* (452 209 treff), søkeordene ble kombinert med AND og jeg endte opp med kun 12 treff, hvorav artikkelen til Ryan et al. (2013) ble inkludert. Oversikt over søket ligger under vedlegg 2.

2.4.3 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å gjøre en kritisk vurdering av litteratur og forskning som belyser problemstillingen. Når man har funnet litteratur en ønsker å bruke, må man kunne forklare litteraturen som er anvendt. Oppgaven vil fremstå som troverdig og faglig når man har gitt en god beskrivelse og begrunnelse av kildegrunnet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i de refleksjonene en har gjort seg rundt relevansen og gyldigheten til litteraturen i forhold til problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158).

I oppgaven min blir artikler som har IMRaD-struktur vektlagt. Dette er en oppbygning som gir god oversikt i artiklene. IMRaD står for introduksjon (I), metode (M), resultat (R), og (a), diskusjon (D). I introduksjonen presenteres hovedhensikten med studien, etterfulgt av en oppsummering av metoden som er brukt. Deretter presenteres resultater og funn, og til slutt kommer en diskusjon eller evaluering av resultatene (Thidemann, 2015, s. 31). Et godt verktøy for å gjøre kritiske vurderinger av vitenskapelige artikler er Helsebiblioteket sine sjekklister for kunnskapsbasert praksis. Disse blir brukt som et pedagogisk verktøy for å avklare relevans, gyldighet og troverdighet av artiklene (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har brukt disse sjekklister til å vurdere alle artiklene som er inkludert i oppgaven. I vedlegg 4 vises et eksempel på hvordan jeg har brukt en sjekklister til å vurdere en artikkel med kvalitativ metode. Jeg har også tatt utgangspunkt i artikler som er fagfellevurdert, *peer reviewed*. Det vil si at artiklene er blitt vurdert og godkjent av både redaktør og minst to uavhengige fagfeller som har god kompetanse innen temaet (Christoffersen et al., 2015, s. 233).

2.5 Forskningsetikk

Forskningsetikken går ut på å ivareta personvern og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir utsatt for unødvendige belastninger og skader. Man må sørge for at innhenting av ny kunnskap og innsikt ikke skjer på bekostning av deltakernes integritet og velferd. En må ta vurderinger som inkluderer alle sider ved forskningen, alt fra planlegging og valg av

problemstilling til hvilke metoder som brukes, i tillegg må man vurdere hvordan resultatene kan benyttes og rapporteres (Dalland, 2017, s. 236).

I arbeidet med en litteraturstudie er det etisk korrekt å jobbe selvstendig, man skal ikke plagiere fra andre. Man skal ikke omformulere funn/resultater som forskere har kommet frem til, og man skal referere til kilder slik at leseren kan finne frem til de samme kildene som er brukt (Dalland, 2017, s. 164). I valg av artikler har jeg vært oppmerksom på at alle deltakere er anonymiserte og at personvernet er ivaretatt. I tillegg har deltakerne i studiene hatt mulighet for å trekke seg underveis. Alle artiklene er kvalitetssikret i form av fagfellevurdering.

3.0 Presentasjon av artikler

3.1 Artikkel 1

Forfattere: Maliakkal & Sun (2014).

Tittel: Home Care Program Reduces Hospital Readmissions in Patients With Congestive Heart Failure and Improves Other Associated Indicators of Health

Hensikt: Hensikten med denne studien undersøke effekten av å motta hjemmetjenester for pasienter med hjertesvikt. Forskerne ville undersøke om det hadde noen innvirkning på pasientenes generelle helse, livskvalitet og antallet reinnleggelser i sykehus.

Metode: Det ble brukt kvantitativ metode i studien og 68 pasienter med hjertesvikt ble valgt til å delta. 85% av pasientene i studien var over 65 år. Et kriterie for å kunne delta i studien var at de hadde mottatt hjemmetjenester i minst 6 måneder. Forskningsteamet hentet inn samtykke og tillatelse til å gjennomføre intervjuer med deltakerne og samle inn data fra medisinsk personell, omsorgspersoner, familie og fastlegen.

Resultat: Det ble utført en t-test å sammenligne gjennomsnittet for månedlige sykehusinnleggelser i en 6 måneders periode før og etter intervensjonen. Det ble identifisert en gjennomsnittlig reduksjon på 2,8 sykehusinnleggelser i måneden for intervensjonsgruppen. Det ble også avdekket reduksjon i symptomer, forbedring av pasientens forståelse og økt funksjonskapasitet.

Relevans for problemstillingen: Studien viser at oppfølging av hjemmesykepleien kan føre til reduksjon av reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt, dersom en fokuserer på pasient- og pårørendeopplæring og observasjoner ved hjemmebesøkene. Artikkelen er relevant for oppgaven, da den viser hvor «lett» det kan være å forebygge reinnleggelser ved å dekke grunnleggende kunnskapsbehov og justere behandlingen underveis.

3.2 Artikkel 2

Forfattere: Ryan, Kang, Dolacky, Ingrassia & Ganeshan (2013).

Tittel: Change in Readmissions and Follow-up Visits as Part of a Heart Failure Readmission Quality Improvement Initiative

Hensikt: Denne studiens mål var å finne ut hvor stor endring det var i syv dagers oppfølgingsbesøk og 30-dagers reinnleggelser som en del av et kvalitetsforbedringsprogram.

Metode: Dette er en kvantitativ studie. Det ble utført en retrospektiv oversikt av alle hjertesviktpasientene (398) som ble utskrevet fra sykehus årene før og etter det ble utført et kvalitetsforbedringsprogram. Alle pasientene med hjertesvikt som ble utskrevet skulle delta på et oppfølgingsbesøk innen syv dager etter utskrivelse. Gjennomsnittsalderen for pasientene i studien var 80 år.

Resultat: Antallet reinnleggelser etter 30 dager ble redusert fra 27,5% til 19,1% som følge av kvalitetsforbedringsprogrammet. Samtidig økte frekvensen på syv dagers oppfølgingsbesøk fra 19,6 til 46,9 prosent. Noe som viser at oppfølgingsbesøk innen 7 dager etter utskrivelse kan ha positiv effekt på å redusere reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt.

Relevans for problemstillingen: Artikkelen er relevant for problemstillingen da den tar for seg om poliklinisk oppfølging innen syv dager etter utskrivelse fra sykehus kan være nyttig for å forebygge reinnleggelser og øke sykdomskunnskapen til hjertesviktpasientene.

3.3 Artikkel 3

Forfattere: Sevilla-Cazes, Ahmad, Bowles, Jaskowiak, Gallagher, Goldberg, Kangovi, Alexander, Riegel, Barg & Kimmel (2018).

Tittel: Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å oppnå en forståelse for hva pasienter og pårørende opplever som utfordrende med tanke på å bo hjemme med hjertesvikt. Forskerne ville også undersøke hva pasientene mente var grunnene for at de ble reinnlagt i sykehus.

Metode: Kvalitativ studie hvor det først ble gjort individuelle intervjuer med 31 pasienter for å identifisere utfordringene de sto ovenfor i hjemmet med tanke på sykdomsbehandlingen. Gjennomsnittsalderen for denne gruppen var 59 år. Deretter ble det opprettet fokusgrupper med 19 nye pasienter og 11 omsorgspersoner. Gjennomsnittsalder 56 år. Retningslinjene for

fokusgruppeintervjuene ble laget ved hjelp av de foreløpige konklusjonene hentet fra de enkelte intervjuene.

Resultat: Intervjuene avslørte en kombinasjon av fysiske og sosio-emosjonelle påvirkninger på pasientenes evne til å håndtere sykdommen i hjemmet og beslutninger om reinnleggelser. Flere deltakere beskrev at de hadde fått for lite veiledning og undervisning om sykdommen, og at det var vanskelig å følge retningslinjene for hvordan de skulle håndtere sykdommen hjemme. Mange syntes det var vanskelig å tilpasse de medisinske anbefalingene i forhold til personlige forhold, verdier og følelser.

Relevans for problemstillingen: Selv om gjennomsnittsalderen for pasientene i denne studien var 56 og 59 år, anses artikkelen å være relevant for problemstillingen min. Studien fører til at en kan få bedre forståelse for hva pasienter og pårørende opplever som utfordrende i forhold til å bo hjemme med hjertesvikt. Den belyser hvorfor enkelte pasienter blir reinnlagt, som vil være nyttig informasjon for videre arbeid med oppgaven. Ved å få innsikt i slike faktorer kan man som sykepleiere lettere identifisere forbedringsområder og sette i gang tiltak for å bedre hjemmesituasjonen og forebygge reinnleggelser.

3.4 Artikkel 4

Forfattere: Gilotra, Shpigel, Okwuosa, Tamrat, Flowers & Russell (2017).

Tittel: Patients Commonly Believe Their Heart Failure Hospitalization Are Preventable and Identify Worsening Heart Failure, Nonadherence, and a Knowledge Gap as Reasons for Admission.

Hensikt: Studien undersøker pasientenes syn på årsaker til sykehusinnleggelser på grunn av hjertesvikt. Den undersøker også pasientenes meninger om hvilke innleggelser som kunne vært unngått ved hjelp av forebyggende tiltak.

Metode: Dette er en kvalitativ studie hvor det ble rekruttert 92 pasienter med hjertesvikt, gjennomsnittsalder 58 år. Pasientene ble identifisert gjennom journalsystemer for innleggelser og ble enige om å delta ved å gi skriftlig informert samtykke. Demografisk og klinisk data ble samlet inn via elektronisk pasientjournal. Mens pasientene var innlagt på

sykehuset svarte de på et spørreskjema. To leger gikk gjennom hver enkelt pasient sin journal for å se om innleggelsen kunne vært unngått og hvordan. Status 30 dager etter utskrivelse, med tanke på reinnleggelser, ble vurdert via telefonsamtaler med pasientene.

Resultat: Som svar på hva som var hovedgrunnen til at pasienten ble innlagt på sykehus, svarte 72 av 92 pasienter at det skyldtes hjertesvikt. 42 av pasientene gav uttrykk for at innleggelsen kunne vært unngått dersom de hadde fulgt salt- og væskebegrensninger, fått bedre informasjon om sykdommen eller hatt tilgang til å snakke med ansvarlig behandler. Legene som undersøkte pasientenes journaler, mente at 38 av innleggelsene kunne vært forhindret. Totalt antall reinnleggelser for deltakerne innen 30 dager var 29 av 92. Det viser seg at antallet reinnleggelser var mindre for de som mente at den første innleggelsen kunne vært unngått. 7 av 42 pasienter som mente innleggelsen var mulig å forebygge ble reinnlagt, mens det var 21 av 49 fra den andre gruppen.

Relevans for problemstillingen: Til tross for at gjennomsnittsalderen for deltakerne i studien er 58 år, vurderer jeg den til å være relevant for problemstillingen. Studien sier noe om hvilke faktorer som spiller inn når det kommer til reinnleggelser for hjertesviktpasienter. Og hvor mange som mener det kunne vært unngått, og hvordan det eventuelt kunne blitt forhindret. Noe som kan være nyttig informasjon for sykepleiere som behandler pasienter med hjertesvikt.

3.5 Artikkel 5

Forfattere: Rice, Say & Betihavas (2018).

Tittel: The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review.

Hensikt: Studien hadde som mål å identifisere hvilken effekt sykepleierledet pasientopplæring hadde på reinnleggelser, sykehusinnleggelser, livskvalitet og kostnader for pasienter med hjertesvikt.

Metode: Dette er en oversiktsartikkel hvor forskerne har analysert randomiserte kontrollstudier. De har brukt databasene PubMed, CINAHL og Google Scholar. Søkeordene de brukte var: sykepleier, utdanning, hjertesvikt, sykehusinnleggelse, reinnleggelse,

rehabilitering, økonomisk byrde, kostnader, utgifter og livskvalitet. Forskerne fokuserte på studier som var knyttet til sykepleierledet en-til-en pasientopplæring av voksne med hjertesvikt. Det ble valgt ut syv studier til gjennomgang.

Resultat: Gjennomgangen viste at sykepleierledet pasientutdanning hadde en positiv effekt på resultatmålene. Tre studier viste at reinnleggelser ble redusert, to studier viste at det førte til en reduksjon i sykehusinnleggelser og en studie rapporterte at det ikke var noen forskjell i sykehusinnleggelser sammenlignet med vanlig pleie. Gjennomgangen bekrefter at opplæring og oppfølging av pasienter kan føre til bedre pasientresultater og reduserer reinnleggelser.

Relevans for problemstillingen: Studien anses å være relevant for å svare på problemstillingen min da den belyser sykepleierens rolle i forhold til pasientopplæring og veiledning. Sykepleierledet pasientopplæring har i flere tilfeller ført til reduksjon i sykehusinnleggelser.

3.6 Artikkel 6

Forfattere: Rahmani, Vahedian-Azimi, Sirati-Nir, Norouzadeh, Rozdar & Sahebkar (2020).

Tittel: The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance, Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients.

Hensikt: Denne studien hadde som hensikt å finne ut hvilken effekt teach-back metoden hadde på faktorer som kunnskap, ytelse, reinnleggelser og livskvalitet hos hjertesviktpasienter.

Metode: Kvantitativ metode er brukt. Studien ble utført på 70 pasienter med hjertesvikt som var innlagt i sykehus. Det ble gitt rutinemessige opplæring og utdanning i forbindelse med utskrivelse hos kontrollpasientene (gjennomsnittsalder: 65 år). Intervensjonsgruppen (gjennomsnittsalder: 66 år) ble i tillegg oppfordret til å gjenfortelle hva de hadde lært til sykepleierne. Det ble brukt et spørreskjema for å vurdere kunnskapen til pasientene like etter intervensjonen og tre måneder etter at pasientene var blitt utskrevet.

Reinnleggelsesrater ble vurdert og fulgt opp gjennom telefonintervjuer tre måneder etter utskrivelsen.

Resultat: Det ble identifisert en signifikant forbedring av pasientenes kunnskap umiddelbart etter opplæringen og reinnleggelsesfrekvensen ble redusert hos pasientene i intervensjonsgruppen.

Relevans for problemstillingen: Teach-back metoden kan være en god metode å bruke for å forsikre seg om at pasientene har forstått informasjonen som gis, samt for at de skal få mer kunnskap om sykdommen. Siden metoden viser til positiv effekt på reinnleggelsesfrekvensen, vurderer jeg den som relevant for oppgaven min.

3.7 Oppsummering av hovedfunn

- Sykepleiere har en viktig undervisnings- og veiledningsrolle i møte med pasienter med hjertesvikt.
- Bruk av teach-back metoden forbedret pasientenes kunnskap om sykdommen og reduserte reinnleggelser for hjertesviktpasienter.
- Pasienter og pårørende gav uttrykk for manglende kunnskap om hvordan sykdommen utvikler seg og manglende evne til å se sammenhengen mellom sykdommen og symptomer som oppstår.
- Mange pasienter synes det er vanskelig å huske all informasjonen de får. Dette kan skyldes situasjonen de er i, at de får mange beskjeder på samme tid eller at de får ulike beskjeder fra forskjellig helsepersonell.
- Flere pasienter mener at reinnleggelser kunne vært unngått dersom de hadde hatt mer kunnskap om sykdommen og symptomene den medfører.
- Pasientene etterlyser mer informasjon og veiledning gjennom sykdomsforløpet for å øke tryggheten.
- Sykepleiere spiller en viktig rolle når det gjelder å følge opp hjertesviktpasienter, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- God oppfølging av hjertesvikt pasienter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, ser ut til å ha positiv effekt på reinnleggelser, kunnskap og egenomsorg.

4.0 Drøfting

4.1 Undervisning og veiledning til pasienter og pårørende

Et viktig funn i studien til Gilotra et al. (2017), er at flere pasienter mener reinnleggelser kunne vært unngått. Dette forutsetter imidlertid at pasientene har god kunnskap om sykdommen og sykdomsprosessen. I møte med hjertesviktpasienter må sykepleiere bruke sin pedagogiske funksjon. Det innebærer å legge til rette for informasjon, veiledning og undervisning, på en måte som fører til at pasienter og pårørende utvikler kompetanse til å ta kontroll over faktorer som påvirker deres helse og mestring (Tveiten, 2018, s. 246). Når mennesker rammes av hjertesvikt, kan det føre til at de må gjøre store endringer i dagliglivet. Pasienter som rammes av kroniske sykdommer, vil ha behov for å forstå hva som skjer i kropp og sinn, hvorfor det skjer og hva de kan gjøre for å få det bedre.

Helseveiledningen bør tilpasses til hver enkelt pasient, slik at de føler seg sett og ivaretatt (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 499-500). For å kunne tilpasse veiledningen til hver enkelt pasient, er det viktig at sykepleieren bruker tid på å skape en trygg og anerkjennende relasjon til pasientene på forhånd (Kristoffersen, 2016b, s. 384). På en annen side kan mange pasienter også ha nytte av undervisning og veiledning i grupper. Gruppebasert undervisning og veiledning kan føre til bedre mestring, økt livskvalitet, fellesskap og bevissthet (Tveiten, 2016, s. 167). Helseveiledning i grupper er basert på sosialkognitiv teori, og flere studier har tidligere vist at det kan være fordelaktig for pasienter (Kristoffersen, 2016b, s. 371). I grupper får pasientene mulighet til å dele erfaringer med andre pasienter i samme situasjon (Tveiten, 2016, s. 166). I tillegg får de muligheten til å gi og motta støtte fra andre. Gruppeveiledning kan også stimulere til kritisk refleksjon (Kristoffersen, 2016b, s. 372). Sykepleiere har en viktig rolle i å opplyse pasientene om hvilke tilbud som finnes, og henvise vedkommende til for eksempel hjertekurs og støttegrupper for hjertesviktpasienter.

Flere funn tyder på at hjertesviktpasienter får for lite eller for dårlig informasjon om hvordan sykdommen utvikler seg. Mange av pasientene opplever også usikkerhet rundt restriksjonene de skal forholde seg til (Gilotra et al., 2017; Sevilla-Cazes et al., 2018). Et av funksjons- og ansvarsområdene til sykepleiere er undervisning og veiledning. Dessuten har pasienter rett på å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og

helsehjelpen de mottar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleiernes ansvar for undervisning og veiledning til pasienter og pårørende, er rettet mot å møte behovet for kunnskap og forståelse som kan bidra til at de kan ivareta egen helse (Kristoffersen, 2016a, s. 19; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Studien til Rice et al. (2018), underbygger at sykepleiere spiller en viktig rolle forhold til å møte pasientenes kunnskapsbehov. Sykepleiere er i god posisjon til å identifisere hvilken kunnskap pasientene har fra før og hva de har behov for å lære mer om. Sykepleierledet pasientopplæring støtter pasientene i å skaffe seg kunnskap og gir dem mulighet til å bli en aktiv deltaker i sin egen helsesituasjon. Studien bekrefter at god undervisning gitt av sykepleiere til pasienter kan redusere reinnleggelser i sykehus. Samtidig er det viktig å huske på at det ikke er noen garanti for at innholdet i informasjonen som er gitt er mottatt og forstått, selv om en har brukt mye tid på å fremlegge den (Kristoffersen, 2016b, s. 370). Personlig har jeg erfart at pasienter ofte kan mistolke informasjonen som blir gitt dem. Sykepleiere bør derfor rette mer oppmerksomhet og tid til i å tilby god og faglig undervisning og veiledning til hjertesviktpasienter og sikre seg at pasientene har forstått innholdet. Da arbeider man i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier at en skal tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient og forsikre seg om at innholdet er forstått (NSF, 2019).

Studien til Rahmani et al. (2020) har vurdert hvilken effekt teach-back metoden har på blant annet sykdomskunnskapen til hjertesviktpasienter. I denne studien ble det identifisert stor forbedring i pasientenes sykdomskunnskap umiddelbart etter opplæring. Metoden hadde også en positiv effekt på reinnleggelser i form av at det ble redusert, noe som kan relateres til at pasientene fikk økt kunnskap om symptomer, behandling og egenomsorg (Rahmani et al., 2020, s. 10). Teach-back metoden går ut på at man først gir informasjon til pasienten, før man så ber pasienten om å gjengi det de har blitt fortalt. Dette gir sykepleieren et inntrykk av hva pasienten har fått med seg og dermed får man mulighet til å repetere eller presisere informasjon som ikke har blitt forstått. Dette er en nyttig metode som kan bidra til økt opplevelse av trygghet for pasienten og bedre behandlingsutfallet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Samtidig kan denne metoden føre til at pasientene føler de blir satt på prøve og de kan føle seg utilpass i situasjonen. Derfor er det viktig at sykepleieren skaper en tillitsfull situasjon og har en ydmyk holdning som inviterer til en åpen

dialog (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). For å oppnå denne tillitten er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Travelbee beskriver kommunikasjonsferdigheter som verdifulle når man ønsker å oppnå en bestemt hensikt eller resultat. Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til å styrke «menneske-til-menneske-forholdet» (Kristoffersen, 2016a, s. 34-35).

Når sykepleiere skal undervise og veilede pasienter, er det viktig at en tenker nøye gjennom hva hensikten med intervensjonen er, og planlegger innholdet ut fra hensikten. I flere av de utvalgte studiene er det gjort funn som tyder på at hjertesviktpasienter trenger mer kunnskap og forståelse rundt sykdommen (Gilotra et al., 2017; Maliakkal & Sun, 2014; Rahmani et al., 2020; Rice et al., 2018, Sevilla-Cazes et al., 2018). Dersom man skal undervise en pasient i forhold til konsekvenser som sykdommen medfører, kan innholdet ta utgangspunkt i hva sykdommen innebærer og hvordan den påvirker kroppen. Det er i tillegg viktig å formidle hvordan behandlingen virker og hvordan pasienten må rette seg mot den (Tveiten, 2016, s. 145). Det kan være lurt å inkludere pasienten i planleggingen slik at sykepleieren får et inntrykk av hva de ønsker å lære mer om. Dette kan bidra til å øke motivasjonen for pasienten. Samtidig er det viktig at sykepleieren, som har gode fagkunnskaper, har det største ansvaret i forhold til planlegging av innholdet (Tveiten, 2016, s. 146). Sykepleieren bør også vurdere om pårørende bør delta i undervisningen. Dette må selvsagt skje med pasientens samtykke. Pårørende til pasienter med hjertesvikt kan kjenne på et stort ansvar og bekymring, og kan derfor trenge støtte, undervisning og veiledning for å mestre omsorgsrollen (Brataas, 2011, s. 25). De fleste pårørende setter stor pris på å få oppmerksomhet og bli inkludert når viktig informasjon skal formidles (Stubberud, 2019a, s. 191). Dessuten kan pårørende være en god sosial støtte for pasienten. På denne måten kan de bidra til å styrke pasientens selvfølelse i undervisningssituasjonen, noe som kan føre til at pasienten i større grad husker hva som blir sagt (Stubberud, 2019b, s. 91). I undervisningssituasjonen er det viktig at man kommuniserer budskapet tydelig, slik at det ikke oppstår misforståelser. Det må være godt samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleier, slik at alle parter har nytte av innholdet (Grov, 2016, s. 334). Ved at pårørende blir inkludert i undervisningssituasjonen, sørger man for at de får den samme informasjonen og kunnskapen som pasienten får. Dette øker sjansen for at informasjonen blir oppfattet.

Dersom en av partene glemmer noe av innholdet, kan det være at den andre husker det og kan gjengi informasjonen. Videre kan de diskutere og bruke denne kunnskapen seg imellom når nye situasjoner oppstår.

I to av studiene ble det gjort funn som indikerer at hjertesviktpasientene hadde vansker med å forstå sammenhengen mellom sykdommen og symptomene de opplevde. Dette førte til at pasientene ofte testet grenser for å se om det resulterte i nye symptomer (Gilotra et al., 2017; Sevilla-Cazes et al., 2018). Å hjelpe pasienter til å forstå sammenhengen mellom diagnosen og symptomene, er en viktig oppgave for sykepleiere. Det kan tenkes at profesjonell støtte kan være til god hjelp i denne sammenhengen. Denne støtten kan gis ved å forklare årsaken til de forskjellige symptomene og hvordan en skal handle ved forverring av symptomer. Gjennom praksiserfaringer har jeg opplevd at denne typen problemstillinger ikke er uvanlig, og forekommer både i hjemmetjenesten og på sykehus. Tiltak som for en sykepleier kan være en selvfølge, som for eksempel at det kan bedre pusten å ligge/sove med hevet hjertebrett, er ikke nødvendigvis en selvfølge for pasientene. Det kan oppleves meningsløst for pasienten når en ikke klarer å se sammenheng mellom tiltakene og problemene. Travelbee (1999, s. 35) påpeker viktigheten av å finne mening i tiltak som er nødvendige for å oppnå sykdomskontroll, noe som hun mener er kjernen i helsefremmende undervisning og veiledning. Videre kan disse funnene tyde på at dagens tilnærming til denne pasientgruppen, har størst fokus på å håndtere akutt forverring av sykdommen i stedet for å være fremoverrettet og forebyggende. Samhandlingsreformen satte derimot søkelyset på at helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid skal fremmes i tiden fremover (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Så langt har utviklingen av dette arbeidet foregått i et moderat tempo, og det er fortsatt nødvendig med prioritering på denne fronten (Nødland & Rommetvedt, 2019, s. 186).

Informanter i studien til Sevilla-Cazes et al. (2018) gav uttrykk for at det var vanskelig å huske all informasjonen de fikk. Noen grunnet situasjonen de var i, og at det ble gitt mange beskjeder på samme tid. Andre fordi de opplevde å få forskjellig informasjon fra forskjellig helsepersonell. Med hensyn til dette kan det være hensiktsmessig å benytte skriftlige

informasjonskilder, i tillegg til muntlig informasjon. En kan lett glemme muntlig informasjon. Skriftlig informasjon kan da være godt å ha tilgjengelig, slik at både pasient og pårørende kan benytte seg av det dersom det skulle oppstå noen form for tvil rundt hva som er blitt sagt (Stubberud, 2019b, s. 91). Dette kan bidra til å øke kunnskapen og forståelsen til pasienter og pårørende. På en annen side kan kombinasjonen av muntlig og skriftlig informasjon skape større usikkerhet. Dersom den muntlige informasjonen ikke stemmer overens ved den skriftlige informasjonen, kan dette bidra til at informasjonsmottakerne blir usikre på hva som stemmer. Derfor er det viktig at innholdet i den muntlige og skriftlige informasjonen stemmer overens (Sibbern et al., 2017, referert i Stubberud, 2019b, s. 91).

4.2 Hjertesviktpasienters behov for oppfølging

Funn i studien til Maliakkal og Sun (2014), viste at antallet reinnleggelser ble redusert for de pasientene som mottok hjemmetjenester. Hyppige hjemmebesøk og rask igangsetting av medisinsk behandling, samt god samhandling med pasientenes leger, forhindret forsinkelser i behandlingen og gjentatte sykehusinnleggelser. Sykepleiere spiller en viktig rolle i møte med hjertesviktpasienter i hjemmet. De vil være i god posisjon til å observere, vurdere og identifisere tidlige tegn på sykdomsforverring. Sykepleierne bør observere pasientene i forhold til blodtrykk, puls, vektendringer, ødemutvikling, dyspné, hudfarge og væskeinntak regelmessig (Eikeland et al., 2016, s. 256-257). Ukentlig vektkontroll anbefales for hjertesviktpasienter i stabil fase, og vekten må loggføres slik at en kan se endringer over tid (Gullestad, 2019, s. 201). Det samme gjelder puls og blodtrykk. I ustabile perioder av sykdommen, kan det være hensiktsmessig å kontrollere vekt, blodtrykk og puls daglig (Stubberud, 2016b, s. 120). Da får man en god oversikt over endringer som skjer, og kan kontakte fastlegen for å diskutere om det er behov for endringer i behandlingen fortløpende. Ødemer, dyspné, hudfarge og væskeinntak bør observeres daglig for å raskt oppdage endringer (Brodtkorb, 2014, s. 379-380). Samtidig kan det være vanskelig for sykepleiere i hjemmetjenesten å observere ødemer, siden det ofte er forskjellige sykepleiere som går til pasienten fra dag til dag. Da er det viktig at ødemene beskrives godt i pasientens journal, slik at den neste personen som skal observere kan «se for seg» hvordan ødemene var dagen i forveien. Gjennom praksisperioder har jeg sett at sykepleiere benytter seg av målebånd, til å måle omkretsen på de ødemutsatte områdene. Noen har også brukt

kulepenn for å markere hvor langt opp på leggen ødemene går. Dette kan være til god hjelp for den neste sykepleieren som skal observere om det har skjedd endringer i ødemutviklingen. Når dette er sagt, er daglig vektkontroll det enkleste tiltaket å utføre for å få en presis vurdering av ødemomfanget (Stubberud, 2016b, s. 120; Ørn & Brunvand, 2016, s. 178). Derfor er trolig en kombinasjon av de nevnte metodene det beste for å observere ødemer.

Et viktig funn i studien til Ryan et al. (2013), var at oppfølgingstimer ved hjertesviktpoliklinikker syv dager etter utskrivelse fra sykehus, viste seg å ha god effekt på å redusere reinnleggelser for hjertesviktpasienter. I 2019 var det registrert 40 hjertesviktpoliklinikker i Norge, og det arbeides kontinuerlig med å øke antallet hjertesviktpoliklinikker slik at alle områdene i Norge kan ha det samme tilbudet (Grundtvig et al., 2020, s. 10). Pasientoppfølging gjennom hjertesviktpoliklinikker har vist seg å føre til bedret egenomsorg og etterlevelse når det gjelder bruk av legemidler og restriksjoner i forhold til kost- og livsstil (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 448). Sykepleiere spiller en viktig rolle i hjertesviktpoliklinikkene, da poliklinisk oppfølging som er ledet av sykepleiere blir mer og mer vanlig. Sykepleiere med videreutdanning innen kardiologi eller som har lang erfaring med hjertepasienter styrer som oftest denne typen poliklinikkvirksomhet (Gustafsson et al., 2009, s. 238; Eikeland et al., 2016, s. 262). Sykepleierne har da et delegert ansvar for kontroll og oppfølging av stabile pasienter, med tilgang til leger som kan veilede dem (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 448). Den polikliniske oppfølgingen skal være individuelt tilpasset ut fra pasientens alder, forståelse av egen sykdom, livsstil og sykdomsgrad. Antall konsultasjoner vil tilpasses etter dette (Håheim et al., 2015). Men det kan se ut som det foreligger en generell anbefaling, nemlig at pasientene skal kontrolleres ved hjertesviktpoliklinikk hver 14. dag, frem til man har nådd behandlingsmålet for hver enkelt pasient. Deretter anbefales det årlig kontroll ved poliklinikken (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 459). Når dette er sagt, fant Ryan et al. (2013) ut at flere av pasientene som kom til kontroll etter 7 dager ofte hadde behov for å gjøre endringer i medisinen sine allerede da. Flere fikk også konstatert nye diagnoser. Noe som tydet på at mange av pasientene fortsatt ikke hadde entret en medisinsk stabil fase innen en uke etter utskrivelse. Med hensyn til dette, kan trolig de polikliniske oppfølgingsrutinene i Norge tjene på å ha hyppigere kontroller for

nylig utskrevne pasienter, da dette viste seg å ha god effekt på reinnleggelser i den nevnte studien. Dessuten er det mindre kostnader forbundet med å ta pasientene inn til hyppigere kontroller i poliklinikker, enn hva det er å få de innlagt på sykehus igjen (Fåln et al., 2013, s. 68). Videre er det viktig å understreke at sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten har en viktig rolle i å tilse at disse pasientene blir henvist til poliklinikken (Ranhoff, 2014, s. 169). Ønsket er at alle pasienter med hjertesvikt blir henvist til hjertesviktpoliklinikkene, og sykepleierne bør derfor ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2021).

Gjennom arbeidet med denne oppgaven, har det blitt klart for meg at pasienter med hjertesvikt vil ha varierende behov for oppfølging. Funn i studien til Maliakkal og Sun (2014), viste at pasienter som mottok kommunal oppfølging, i form av hjemmesykepleie, fikk økt kunnskap, bedret egenomsorg og redusert antall reinnleggelser. Studien til Ryan et al. (2013), viste at oppfølging i hjertesviktpoliklinikker reduserte gjentatte innleggelser. Det kan antas at noen hjertesviktpasienter vil ha behov for oppfølging både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, mens andre kun trenger oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Hvilket behov de har vil trolig avhenge av pasientens fysiske funksjonsevne, etterlevelsessevne og sosiale støtte. Det blir presisert i en studie utført av Leavitt et al. (2020, s. 38) at det er viktig med rask og effektiv samhandling mellom de forskjellige helseforetakene, og at de bør ha som mål å redusere reinnleggelser i sykehus. Samhandlingsreformen har som mål å sikre gode helhetlige pasientforløp. Samhandling og kommunikasjon mellom helseforetakene er da en viktig forutsetning for å oppnå dette (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I dag utføres det meste av kommunikasjonen mellom helseforetakene gjennom elektroniske meldinger. Dette gir helsepersonell muligheten til å utveksle personopplysninger og pasientinformasjon digitalt på en lovlig, trygg og effektiv måte (Grimsbø, 2016, s. 317). For å sikre at hjertesviktpasientene får den oppfølgingen de trenger når de overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, er det viktig at sykepleierne gjengir pasientenes behov så konkret som mulig. Gjennom praksiserfaringer har jeg observert at sykepleierne er flinke til å beskrive hvilket behov pasientene har for blant annet ivaretagelse av personlig hygiene og hvilken funksjonsevne de har. Men det er sjeldent jeg har observert at sykepleierne konkretiserer hvilke

intervensjoner som er nødvendige for å bidra til å forebygge reinnleggelser for hjertesviktpasienter. Da tenker jeg på konkrete tiltak som for eksempel å føre drikke- og diureselister, ukentlig vektkontroll, observasjon av ødemer, puls og blodtrykkskontroller m.m. Samtidig har jeg et inntrykk av at sykepleiere i sykehus tar for gitt at helsepersonell i kommunehelsetjenestene har kunnskap om hvilke tiltak som fremmer oppfølgingen og reduserer reinnleggelser av hjertesviktpasienter. Jeg har også opplevd at enkelte sykepleiere mener at helsepersonell i kommunehelsetjenesten har ansvar for å innhente informasjon angående pasientenes oppfølgingsbehov selv. Ifølge Specialisthelsetjenesteloven (1999, § 6-3), har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at de skal gi veiledning om helsemessige forhold for hver enkelt pasient, slik at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Helsemessige forhold vil si tiltak som angår pasienters fysiske og psykiske helse og er knyttet til undersøkelser, behandling, pleie, omsorg og rehabilitering (Birkeland & Flovik, 2018, s. 105).

5.0 Konklusjon

Litteraturstudien jeg har gjort, viser at sykepleiere spiller en sentral rolle i å forebygge reinnleggelser for eldre hjertesviktpasienter. Undervisning og veiledning er et viktig fokusområde, som stiller krav til sykepleiernes kunnskap og pedagogiske ferdigheter. For at pasienter og pårørende skal få mulighet til å forstå og lære, er det også viktig at sykepleiere klarer å legge til rette for individuelle behov og forståelsesevner. Pasientene må få grundig informasjon om sykdommen, symptomer som kan oppstå og hvilke retningslinjer de bør følge i forhold til restriksjoner og livsstilsendringer. Pasienter og pårørende må også få kontaktopplysninger til helsepersonell slik at de vet hvem de skal kontakte dersom tilstanden forverrer seg.

Det er viktig at sykepleiere tilbyr helhetlig oppfølging av hjertesviktpasienter, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne må sørge for at pasienten får den oppfølgingen han/hun trenger ved overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og omvendt, slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. God informasjonsflyt mellom helseforetakene er derfor viktig. I de tilfellene der det er nødvendig med livsstilsendringer, vil det være hensiktsmessig at sykepleiere har mulighet for kontinuitet i kontakten med pasienter og pårørende. Dette fører til at de kan gi støtte over tid, og pasienter og pårørende vil føle seg bedre ivaretatt. Sykepleiere som følger opp hjertesviktpasienter er i god posisjon til å oppdage forverring av sykdommen, og kan dermed sette i gang tiltak for å bedre situasjonen raskt, i forsøk på å forhindre reinnleggelser i sykehus.

Litteraturliste

Auerbach, A. D., Kripalani, S., Vasilevskis, E. E., Sehgal, N., Lindenauer, P. K., Metlay, J. P., Fletcher, G., Ruhnke, G. W., Flanders, S. A., Kim, C., Williams, M. V., Thomas, L., Giang, V., Herzig, S. J., Patel, K., Boscardin, W. J., Robinson, E. J. & Schnipper, J. L. (2016). Preventability and Causes of Readmission in a National Cohort of General Medicine Patients. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 484-493.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18-39). Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2014). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 375-389). Gyldendal Akademisk.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-165). Gyldendal Akademisk.

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

Delgado, J. F., Gregori, A. F., Fernández, L. M., Claret, R. B., Sepúlveda, A. G., Fernández-Avilés, F., González-Juanatey, J. R., García, R. V., Otero, M. R., Cubero, J. S., Figal, D. P., Crespo-Leiro, M. G., Alvarez-García, J., Cinca, J. & Ynsaurriaga, F. A. (2019). Patient-Associated Predictors of 15- and 30-Day Readmission After Hospitalization for Acute Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*, 16(6), 304-314.
<https://doi.org/10.1007/s11897-019-00442-1>

Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229-280). Gyldendal Akademisk.

Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z.-J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L., Arvanitis, M., Lohr, K. N., Middleton, J. C. & Jonas, D. E. (2014). Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure: A systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(11), 774-784.
<https://doi.org/10.7326/M14-0083>

Folkehelseinstituttet. (2019, 28. mars). *Noen diagnosegrupper: Hver fjerde eldre pasient blir reinnlagt i sykehus*. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/hver-fjerde-eldre-pasient-blir-reinnlagt-i-sykehus/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & Kultur.

Fållun, N., Instenes, I. & Norekvål, T. M. (2013). Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Sykepleien Fag*, 101(13), 68-70. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0127>

Gilotra, N. A., Shpigel, A., Okwuosa, I. S., Tamrat, R., Flowers, D. & Russell, S. D. (2017).

Patients Commonly Believe Their Heart Failure Hospitalization Are Preventable and Identify Worsening Heart Failure, Nonadherence, and a Knowledge Gap as Reasons for Admission. *Journal of Cardiac Failure*, 23(3), 252-256.

<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.09.024>

Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt,

E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 311-335). Gyldendal Akademisk.

Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale*

begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2 (4. utg., s. 327-345).

Cappelen Damm Akademisk.

Grundtvig, M., Eriksen-Volnes, T., Slind, E. K., Lægran, M., Blindheimsvik, M., Westheim, A.

S., Ørn, S., Hole, T., Gullestad, L., Thorshaug, R., Mo, R., Norekvål, T. & Kjelås, H.

(2020). *Årsrapport 2019: Med plan for forbedringstiltak*.

[https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-02/%C3%85rsrapport%202019%20Norsk%20hjertesviktregister.pdf)

[02/%C3%85rsrapport%202019%20Norsk%20hjertesviktregister.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-02/%C3%85rsrapport%202019%20Norsk%20hjertesviktregister.pdf)

Gullestad, L. (2019). Hjertesvikt. I H. Dalen, K. Forfang, K. Haugaa, H. Istad & R. Wiseth

(Red.), *Kardiologi: Klinisk veileder* (3. utg., s. 194-210). Gyldendal Akademisk.

Gustafsson, F., Galatius, S. & Hildebrandt, P. (2009). Organisation af behandlingen:

Hjertesvikt-klinikker. I P. Hildebrandt & F. Gustafsson (Red.), *Hjertesvigt i klinisk praksis* (s. 235-247). Munksgaard Danmark.

Hansen, T. M., Kristoffersen, D. T., Tomic, O. & Helgeland, J. (2016). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015: Kvalitetsmåling*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/kvalitetsindikator-en-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.-resultater-for-sykehus-og-kommuner-2015.pdf>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklist*.

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

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

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

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Öhlén, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L. & Wollersheim, H. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research*, 14(389). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>

Håheim, V., Mikaelson, I., Liabø, K., Bollerud, M. T. H., Warhuus, L. M., Jørundland, K. F., Råmunddal, G. H., Stenseth, E. S. & Johansson, P. (2015, 07. oktober). *Hjertesvikt – behandling i poliklinikk*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/hjertesvikt-behandling-i-poliklinikk#preparation>

Jacobsen, E. L. (2016). Helse og sykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 56-79).

Cappelen Damm Akademisk.

Kjetland, M. B. & Nordstad, 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.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80).

Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser: Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-406). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?:

Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2021, 11. mars). *Stor ulikhet i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp i Norge på Hjertesviktpoliklinikk.*

<https://www.lhl.no/om-lhl/aktuelt/stor-ulikhet-i-antall-pasienter-med-hjertesvikt-som-folges-opp-i-norgepa-hjertesviktpoliklinikk/>

Leavitt, M. A., Hain, D. J., Keller, K. B. & Newman, D. (2020). Testing the Effect of a Home Health Heart Failure Intervention on Hospital Readmissions, Heart Failure Knowledge, Self-Care, and Quality of Life. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(2), 32-40. <https://doi.org/10.3928/00989134-20191118-01>

Lorentzen, I. C., Larsby, K. E., Bugge, E. & Lindekleiv, H. (2020). Reinnleggelser ved hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskriftet: den Norske Legeforening*, 140(1).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0225>

Maliakkal, A. V. & Sun, A. Z. (2014). Home Care Program Reduces Hospital Readmission in Patients With Congestive Heart Failure and Improves Other Associated Indicators of Health. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 191-197.
<https://doi.org/10.1177/1084822314527763>

McCauley, K. M., Bixby, M. B. & Naylor, M. D. (2006). Advanced Practice Nurse Strategies to Improve Outcomes and Reduce Cost in Elders with Heart Failure. *Disease Management*, 9(5), 302-210. <https://doi.org/10.1089/dis.2006.9.302>

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

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

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Akademisk.

Nødland, S. I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), 166-188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017, 22. mars). *Teach Back-metode kan hindre reinnleggelser*. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/brukermedvirkning/laeringsnettverk-i-brukermedvirkning/teach-back-metode-kan-hindre-re-innleggelser>

Rahmani, A., Vahedian-Azimi, A., Sirati-Nir, M., Norouzadeh, R., Rozdar, H. & Sahebkar, A. (2020). The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance, Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Cardiology Research and Practice*, 2020, Artikkelnummer 8897881. <https://doi.org/10.1155/2020/8897881>

Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-173). Gyldendal Akademisk.

Rannestad, T. & Haugan, G. (2016). Helsefremming i spesialisthelsetjenesten. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 19-33). Cappelen Damm Akademisk.

Rice, H., Say, R. & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 363-374.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002>

Ryan, J., Kang, S., Dolacky, S., Ingrassia, J & Ganeshan, R. (2013). Change in Readmissions and Follow-up Visits as Part of a Heart Failure Readmission Quality Improvement Initiative. *The American Journal of Medicine*, 126(11), 989-994.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.06.027>

Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., Kangovi, S., Alexander, M., Riegel, B., Barg, F. K. & Kimmel, S. E. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Medicine*, 33(10), 1700-1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Stokke, O. M., Stormo, L. K. & Skogli, E. (2019). *Hjertesvikt i Norge: Omfang og samfunnskostnader* (MENON-PUBLIKASJON NR. 41). <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-41-Hovedtrekkene-innenfor-hjertesvikt-i-Norge.pdf>

- Stubberud, D.-G. (2016a). Hjertesykdom: en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016b). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 115-134). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019a). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 179-201). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 78-126). Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

Van Spall, H. G. C., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C., Coppers, M., Haynes, R. B. & Connolly, S. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharges from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 19(11), 1427-1443. <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-200). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: Oversikt over søk i Cinahl

Søk i Cinahl				
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte artikler
S1	Heart failure		43 336	
S2	Readmission		14 456	
S3	Rehospitalization		8 403	
S4	S2 OR S3		15 440	
S5	Reasons		58 598	
S6	S1 AND S4 AND S5	2011-2021 Peer reviewed	26	Sevilla-Cazes et al. (2018).
S7	Patient education		67 006	
S8	S1 AND S4 AND S7		233	
S9	S1 AND S4 AND S5 AND S7		3	Gilotra et al. (2017).
S10	Quality of life		117 637	
S11	S1 AND S2 AND S10	2011-2021 Peer reviewed	69	
S12	Health knowledge		31 748	
S13	S1 AND S2 AND S10 AND S12	2011-2021 Peer reviewed	7	Rahmani et al. (2020).
S14	Aged		834 500	

S15	S1 AND S2 AND S10 AND S14	2011-2021 Peer reviewed	51	
S16	Home		179 575	
S17	S1 AND S2 AND S10 AND S14 AND S16	2011-2021 Peer reviewed	13	Maliakkal & Sun (2014).
S18	Nurses		65 036	
S19	S1 AND S2 AND S10 AND S18	2011-2021 Peer reviewed	1	Rice et al. (2018).

Vedlegg 2: Oversikt over søk i Medline

Søk i Medline				
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte artikler
S1	Heart failure		122 575	
S2	Patient readmission		18 673	
S3	Nurs*		750 039	
S4	Prevent		452 209	
S5	S2 AND S3 AND S4		102	
S6	S1 AND S5	2011-2021	12	Ryan et al. (2013).

Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	Handler om eldre personer med hjertesvikt som har behov for å motta hjelp fra helsepersonell, hvilke faktorer som kan bidra til å redusere reinnleggelser, hvordan sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten kan bidra til å forebygge reinnleggelser.	Artikler som ikke handler om hjertesviktpasienter, artikler hvor deltakerne ikke mottar hjelp fra helsepersonell, artikler hvor deltakerne er sykehjemsbeboere og forskning på hjertesvikt som ikke handler om reinnleggelser.
Studiedesign	Kvantitative og kvalitative metoder.	Rapporter, kronikker, kommentarer og andre uttalelser som ikke er satt opp etter et strengt forskningsregime.
Informanter	Sykepleiere uavhengig av alder, kjønn, yrkeserfaring, nasjonalitet og videreutdanning, pasienter med hjertesvikt og pårørende til personer med hjertesvikt.	Leger, helsefagarbeidere, terapeuter, assistenter og annet helsepersonell og personer med andre sykdommer.
Språk	Norsk, svensk, dansk og engelsk.	Artikler på andre språk.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., Kangovi, S., Alexander, M., Riegel, B., Barg, F. K. & Kimmel, S. E. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Medicine*, 33(10), 1700-1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

I Sevilla-Cazes et al. (2018) sin studie er hensikten å oppnå forståelse for hva pasienter med hjertesvikt og deres pårørende opplever som utfordrende med tanke på å mestre hverdagen i eget hjem. Forskerne ville også undersøke hva pasientene mente var årsaker til at de blir reinnlagt i sykehus. De ønsket å undersøke dette fordi tidligere intervensjoner for å forhindre reinnleggelser har hatt varierende suksess. Derfor ville de undersøke nærmere hvilke utfordringer pasientene identifiserte for å få en forståelse rundt pasientenes erfaring og kanskje ende opp med å finne alternative strategier for å forhindre reinnleggelser med bakgrunn i dette. Studien er relevant for problemstillingen min da den ser på faktorer som fører til at pasienter blir reinnlagt og forsøker å finne metoder for å redusere reinnleggelsesraten hos hjertesviktpasienter.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

I kvalitative studier blir opplevelser og erfaringer fra et mindre utvalg av deltakere beskrevet. Denne metoden er derfor hensiktsmessig for å besvare problemstillingen min, da den handler om erfaringer hjertesviktpasienter har til å bo hjemme og hva som evt. påvirker reinnleggingsgrunner. Det er viktig å ta utgangspunkt i pasientenes opplevelser for å få en god forståelse rundt «problemet».

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Deltakerne ble rekruttert fra to forskjellige sykehus, og utvalget inkluderte både pasienter som hadde vært innlagt i sykehus to ganger i løpet av de siste 30 dagene pga. hjertesvikt og pasienter som nylig hadde blitt utskrevet etter sin første hjertesvikt innleggelse (nylig diagnostisert). 31 hjertesviktpasienter deltok i studien, og flere av dem deltok sammen med sine omsorgspersoner. De ble utført individuelle intervjuer med alle deltakerne for å identifisere utfordringer i forhold til å håndtere hjertesvikt diagnosen i hjemmet, deretter ble det utført fokusgruppe intervjuer med deltakerne og omsorgspersoner som en metode for medlemskontroll og triangulering. Intervjuene ble tatt opp på bånd og nedskrevet, de ble også anonymisert før de ble kodet og analysert ved bruk av NVivo 10.0.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Forskerne har gått målrettet ut for å rekruttere to forskjellige grupper med hjertesviktpasienter til å delta i studien (Reinnleggesgruppe: Pasienter med reinnleggelse etter tidligere innleggelse av hjertesvikt. Indeksinnleggesgruppe: pasienter som nylig ble utskrevet fra sykehuset etter den første innleggelsen med hjertesvikt). Disse to gruppene ble valgt for å identifisere et mer fullstendig perspektiv på eventuelle utfordringer i forhold til det å bo hjemme med hjertesvikt. De ønsket å høre erfaringer fra pasienter som både hadde blitt reinnlagt og fra pasienter som nylig hadde kommet hjem fra sykehuset med en ny hjertesvikt diagnose. Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 59 år, og det var jevn fordeling av kvinner og menn (16 kvinner og 15 menn).

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Datasamlingen i form av intervjuer ble foretatt på sykehuset for de pasientene som var blitt reinnlagt innen 30 dager og gjennom telefonsamtaler innen 6 uker etter utskrivelse for de pasientene som nylig var blitt utskrevet. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper. Dataene ble dokumentert gjennom lydopptak og notater, de ble også anonymisert. Datametningen var nådd etter ca. 12 intervjuer med hver gruppe, datasamlingen ble likevel utført helt de hadde 31 deltakerne som var intervjuet for å bekrefte metningen.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne analyserte dataene uavhengig av hverandre, deretter ble funnene i analysen diskutert sammen. Dersom det oppsto uenighet eller tvil rundt uttalelser i studien, gikk forskerne tilbake og revurderte betydningen slik at de fikk en entydig forståelse. Ingen av forfatterne hadde noen interessekonflikter i forhold til studien.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien er godkjent av The University of Pennsylvania Institutional Review Board og alle deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

De semistrukturerte intervjuene ble analysert ved bruk av NVivo 10.0.

Det vises en sammenheng mellom innsamlede data i kategoriene som forskerne har kommet frem til.

Forskjellige tema ble identifisert og satt sammen i grupper, deretter ble de kodet til større temaer. Temaene som kommer frem i artikkelen er: overholdelse og tilpasning og reinnleggelser som et rasjonelt valg.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene blir diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen ut fra de temaene og undertemaene som er identifisert. I diskusjonsdelen understøttes funnene med annen relevant teori og forskning, og det drøftes både for og imot forskernes argumenter. Det er gjort triangulering for å vurdere funnenes troverdighet og alle forskerne har deltatt i analyseringen av studien.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Intervjuene avslørte en kombinasjon av fysisk og sosio-emosjonell innflytelse på håndteringen av hjertesvikt i hjemmet. Pasientene gav uttrykk for usikkerhet rundt anbefalinger, forårsaket av blant annet utydelig informasjon. Usikkerheten svekket deres kompetanse til å ta gode valg for seg selv. Gjentakende sykluser med grensetesting og fortvilelse og etter hvert som symptomer forverret seg, førte til at pasientene så på sykehuset som det tryggeste stedet å være. Forskerne oppgir at det bør forskes mer på intervensjoner som fokuserer på metoder for å håndtere disse pasientsentrerte faktorene, samt metoder for å redusere sykehusinnleggelseser.