



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 - Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR1
Sluttdato:	10-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	303
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Beskytt ditt hjerte fremfor alt du beskytter, for livet går ut fra det - om sykepleierens møte med hjertesvikt.
Antall ord *:	7516
Engelsk tittel *:	Protect your heart above all else, because life is based on it - About nurse´s encounter with heart failure.

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Beskytt ditt hjerte fremfor alt du beskytter, for livet går ut fra det

- om sykepleierens møte med hjertesvikt.

Protect your heart above all else, because life is based on it

- About nurse's encounter with heart failure.

Kandidat: 303

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Høgskolen på Vestlandet, Campus Haugesund

Veileder (fylles ut etter avtale med veileder)

Innleveringsdato: 10.06.2021 kl 14:00

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.

Innhold

Figurer	3
Sammendrag:	4
Abstract:	5
1. Bakgrunn for valg av tema.	6
2. Teori og begrepsavklaring	7
Sykepleierfaglig og teoretisk perspektiv	7
2.1. Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer og lovverk	7
2.2 Hjertesvikt	8
2.3 Health literacy	9
2.4 Helsefremming og sykepleierfunksjon	10
3. Hensikt	12
4. Problemstilling av avgrensinger	12
4.1 Sykepleierfaglig problemstilling	12
4.2 Presisering og avgrensning	12
3. Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Kvalitative og kvantitative metoder	14
3.3 Litteratursøk	15
3.3.1 Ekskludering og inklusjonskriterier	16
3.4 Kildekritikk	19
3.4.1 Begrenset tidsrom for publiserings år	19
3.4.2 Databaser	19
3.4.3 Etske overveielser.	20
4. Presentasjon av forskningsartikler	20
4.1 Hovedfunn	23
5. Drøfting	24
5.1 Hjelp til livstilsendring.	24

5.2 Health literacy påvirker evne til egenomsorg.....	27
5.3 Etikk og det å se pasientene som enkelt individer.	29
6. Konklusjon	32
7. Litteraturliste.....	34
8. Vedlegg	37
Vedlegg 1 Søkeprosess.....	37
Vedlegg 2 Litteraturisme	37
Vedlegg 3 Kvalitetsvurdering av artikler.....	37

Figurer

1. Figur 1. PICO tabell. Side 15
2. Figur 2. Eksklusjons og inklusjonskriterier. Side 17-18

Sammendrag:

Tittel: Beskytt ditt hjerte fremfor alt du beskytter, for livet går ut fra det- om sykepleierens møte med hjertesvikt

Bakgrunn for valg av tema: Hjertesvikt er en sykdom som rammer mennesker verden over. Det er en sykdom tett knyttet mot livstil og evne til å kontrollere og monitorer forverring av sykdom selv. Det er en pasientgruppe som er ofte innlagt på sykehus, og nivå av health literacy er varierende. Jeg har et inntrykk av at sykepleiere kan spille en sentral rolle og gjøre en forskjell i livene til denne pasientgruppen ved å styrke deres evne til egenomsorg. Derfor valgte jeg dette temaet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å øke kunnskap, samt fremme livsstilsendring hos pasienter med hjertesvikt?

Hensikt: Å se på hvordan sykepleiere kan bidra til å øke pasientens kunnskap om sykdommen sin og fremme livsstilsendring.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. I oppgaven benyttes også relevant forskning, pensum, litteratur og teori for å besvare problemstillingen.

Funn: Funnene i oppgaven viser at sykepleiere har en helt sentral rolle i å øke pasienter med hjertesvikt sin evne til egenomsorg. Dette ved hjelp av sykepleier ledet veiledning/undervisning, tilpassing av informasjon, oppfølging og helsefremming. Det vises også at å styrke pasientens evne til egenomsorg bidrar til økt livskvalitet for pasienten.

Oppsummering: En konkluderer med at sykepleiere har en viktig rolle i å undervise pasienter med hjertesvikt. De er sentrale for å øke kunnskapen til pasientene, og har til funksjon å styrke pasientens autonomi. Dette er et viktig tema ettersom det omhandler en stor pasientgruppe som trenger god og tilrettelagt informasjon.

Nøkkelord: Hjertesvikt, health literacy, helsefremming, undervisning, livsstil, sykepleier.

Abstract:

Title:

Background: Heart failure is a disease that affects people all over the world. It's a disease that is closely linked to lifestyle choices and the patients' monitoring and knowledge to prevent rapid progression. Heart failure patients are often admitted to the hospital, and the level of health literacy varies. I have an impression that nurses can play an important role in the lives of heart failure patients by strengthening their self-care capabilities. That is why I chose this topic.

Research question: How can nurses help increase knowledge, as well as increase lifestyle changes in patients with heart failure?

Aim: To look how nurses can help increase the patient's knowledge about their disease and promote lifestyle change.

Method: The thesis is a literature study. In the thesis there is also use of other relevant research, literature, pensum and theories to answer the research question.

Results: The results showed that nurses play a vital role in increasing the self-care capabilities of heart failure patients. This is done through nurse-led education, information, healthy lifestyle promoting and follow-up conversations. It's also shown that increasing the patient's self-care will increase the patient's quality of life.

Summary: In conclusion, nurses have an important role in educating patients with heart failure. It is important to increase the patient's knowledge, and with that promote the patient's autonomy. This is an important topic as it involves many patients who need access to good information.

Keywords: Heart failure, health literacy, health promoting, education, lifestyle, nurse

1. Bakgrunn for valg av tema.

I 2015 var hjerte og karsykdommer hyppigste dødsårsaken blant befolkningen i Norge. Det var altså flere som døde av hjerte og karsykdommer enn kreft. I 2016 lå hjerte og kar på andre plass under svulster, og det har det fortsatt å gjøre i nyere tid (Folkehelseinstituttet, 2020).

Jeg har vært i praksis på hjerteavdeling på sykehus. Jeg var både på hjertepost og på poliklinikken. Jeg opplevde at det var mer fokus på medisiner enn livsstils endringer ved behandling av pasientene. Jeg mener ikke at dette er feil. Når en pasient er innlagt på sykehuset for en forverring av hjertesvikten sin er nok medikamentell og medisinsk behandling det viktigste for å få dem over i en mer stabil fase. Det jeg derimot ville finne mer ut om var sykepleierens rolle i oppfølging av pasientens kunnskap og evne til livsstilsendring. Hos pasientene som lå på hjerteposten var samtale med ernæringsfysiolog sjeldent. Henvisning til hjertetrim var oftere gjort, men ikke så ofte som det kanskje burde ha vært. Jeg opplevde at poliklinikken også hadde et høyere medisinsk fokus i møte med pasientene. Jeg hadde også en del samtaler med sykepleierne på stedet om temaet og de sa seg enige. I etterkant av praksisen satt jeg igjen med spørsmål om dette. Jeg ønsket å finne ut av hvordan sykepleier kunne være med på å styrke pasientens evne til egenomsorg.

Medisinering i henhold til legens plan er viktig, men jeg har mange ganger erfart at pasienter enten blir oppgitt og nervøse av mengde eller endringer ved medisiner i flere praksiser og i jobbsituasjoner. Selv har jeg også familiemedlemmer med hjertesykdom som også føler at de kunne ha ønsket seg mer hjelp til å få mer kompetanse og veiledning til å mestre sykdom.

Det å få diagnosen hjertesvikt kan være skremmende og utfordrende. I praksis har jeg møtt pasienter som ofte er bekymret og det er ikke så rart med tanke på at hjertet vårt er det mest vitale vi har. Derfor kan det tenkes at denne pasient gruppen kan ha stort behov for trygging med informasjon, veiledning, og hjelp til mestring av egen sykdom. I privatlivet har jeg bekjente med hjertesykdom som kunne ønsket seg nettopp mer av dette fra helsetjenestene. Jeg har også truffet mange pasienter med diagnosen flere steder i praksis. Derfor er sykdommen relevant for de fleste forskjellige arbeidsplasser og avdelinger man kan jobbe som sykepleier. Ved et større fokus på helhetlig sykepleie og veiledning i livsstilsendring ved hjertesvikt vil kanskje føre til mindre innleggelser og mindre belastning på helsevesenet, i tillegg bedre behandling og mestring hos pasientene.

2. Teori og begrepsavklaring

Sykepleierfaglig og teoretisk perspektiv

2.1. Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer og lovverk

Ifølge yrkesetiske retningslinjer er sykepleiere pliktige til å blant annet yte hjelp som fremmer helse, forebygger sykdom og ivaretar den enkelte pasient behov for helhetlig sykepleie, samt bidra til at pasienten kan ta selvstendige valg ved at sykepleier gir pasienten tilstrekkelig informasjon som er tilpasset individet og forsikrer seg om at informasjonen er forstått. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å oppleve mestring, håp og livsmot (NSF, 2019).

Helsepersonell loven forteller oss om hva sykepleieren er pliktig til å gjøre i yrkesutøvelsen. Loven omfatter både krav ved yrkesutøvelse, taushetsplikt, opplysningsplikt, meldeplikt, organisasjon og virksomhet. I krav under yrkesutøvelse er sykepleiere for eksempel pliktige til å gi informasjon til de som har krav på det i henhold til reglene i pasient og bruker rettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Sykepleiere skal også utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Helsepersonell skal delta i arbeid med individuell plan i samsvar med pasient og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Lovverket består også av pasient- og brukerrettighetsloven. Den presenterer pasient og brukers rettigheter. Den inneholder blant annet pasient og brukers krav til rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom en har behov for langvarig og koordinert helse og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Den sier også at pasientene har rett til at informasjon skal gis på en hensynsfull måte som er tilpasset pasientens forutsetninger som erfaringer, språk og kultur, alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). De skal ha informasjon som er nødvendig for å kunne få innsikt i egen helsetilstand og hva innholdet i helsehjelpen består av, samt tilstrekkelig informasjon om tjenestetilbud og for å kunne ivareta egne rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Pasient og bruker har også rett til å medvirke gjennomføring av helse og omsorgstjenester, som for eksempel valg av tjeneste og behandlingsformer. Pasient og brukers evne til å motta og gi informasjon skal tilpasset ved medvirkningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.2 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en sykdomstilstand der hjertet ikke klarer å pumpe ut nok blod til resten av kroppen. Dette resulterer i at vevet i kroppen ikke får den tilstrekkelige blodmengden som den trenger for å opprettholde normal funksjon. Hjertesvikt forårsakes av to forhold. Den forsakende faktoren som skader hjertemuskelen og deretter den gradvise forverringen av hjertefunksjonen som fører til hjertesvikt. Den utløsende årsaken er i 70% av tilfellene en iskemisk hjertesykdom (Ørn, 2016, s. 176). Iskemisk hjertesykdom er sirkulasjonsforstyrrelser i hjertemuskelen som reduserer eller stopper blodtilførsel til hjertemuskelen totalt. Årsakene til sirkulasjonsforstyrrelsen er blant annet aterosklerose eller tromboser (Ørn, 2016, s. 167). Aterosklerose er et stort og utbredt helseproblem i nåtidens verden. Det dannes på innsiden av arteriene ved at kolesterol avleirer seg og gir en betennelse effekt på arteriene. De kan bli så store at de forårsaker forsnevring av arterien og dermed sirkulasjonsforstyrrelser ved at den minker tilførsel av blod. Kolesterolansamligen kan føre til at arterien svekkes og forårsaker at innsiden av arterien skades. Da dannes en trombe over det skadde området, som kan løsne. Når tromben løsner, kalles den en embolus. Den blir dratt med blodstrømmen og sette seg fast i en blodårene som er for liten for at den kan passere. Dermed kan den forårsake et infarkt (Ørn, 2016, s. 97-98). På denne måten kan vi se at høye kolesterolverdier som forårsaker sirkulasjonsforstyrrelser er en stor årsak til sirkulasjonsforstyrrelser og dermed hjertesvikt. Det finnes både systolisk hjertesvikt og diastolisk hjertesvikt. Systolisk hjertesvikt betyr at det er redusert evne for å pumpe ut blod, mens diastolisk betyr redusert evne til å ta imot blodet som kommer fra lungene. (Ørn, 2016, s. 176).

Det andre forverrende forholdet som er med på å skape forverring av hjertefunksjonen og kan føre til hjertesvikt er den unormale økte aktiviteten i blodtrykksreguleringsmekanismene. De viktigste årsakene er det sympatiske nervesystemet og renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS). Når hjertesvikt oppstår, vil reseptorene i hjertet, aorta, hjernen og nyrene registrere en lavere mengde blod som pumpes ut til kroppsvevet. Da vil reseptorene sette i gang mekanismer som øker aktivitet i nervesystemet som fører til at RAAS skaper blodtrykkstigning. Dette gir økt arbeidskapasitet til hjertet som forverrer hjertefunksjon og hjertesvikt. (Ørn, 2016, s. 176-177).

For personer med hjerte og karsykdommer anbefales det å praktisere et kosthold som unngår å belaste hjertet for mye. Det innebærer å bruke mindre salt i maten, et magert kosthold med et begrenset kolesterolinntak for å forhindre avleiringer i blodårene, holde seg innenfor en normal stabil vekt, begrense inntak alkohol, samt unngå for mye sukker, da det påvirker serumnivået av triglyserider. (Sortland, 2015, s. 207-208). Det er også viktig at væskebalansen er begrenset. I tillegg er fysisk aktivitet viktigere enn tidligere antatt for hjertesviktpasienter. Dette er gunstig for blant annet livskvalitet (Ørn, 2016, s. 179). Fysisk aktivitet fremmer konsentrasjonen av det gode kolesterolet, som kalles HDL-kolesterol og reduserer nivå av triglyserider og det dårlige kolesterolet som kalles LDL- kolesterol i kroppen (Sortland, 2015, s. 191).

2.3 Health literacy

I Helsedirektoratet (2018) sin rapport om folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling omtaler man health literacy som er et relativt nytt begrep innen klinisk praksis og folkehelsearbeid. Det kan defineres som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter til den enkelte persons evne til å få tilgang til, forstå, anvende og vurdere helseinformasjon» (Helsedirektoratet, 2018). Health literacy handler altså om helsekompetanse og man kan dele det inn i tre forskjellige typer. Funksjonell, interaktiv og kritisk health literacy (Finbråten, 2018). I denne oppgaven kommer jeg til å bruke forkortelsen HL for health literacy.

Funksjonell HL omfatter å tilegne seg, å forstå seg på og bruke faktainformasjon og kunnskap om helse. For eksempel hvilke årsaker, forhold eller levemåter som påvirker helse negativt. Det innebærer også kunnskap om helsesystemet og det å vite hvor man kan hevde seg for å få hjelp. Lese og skivegenskaper, samt evne til å kunne forstå tall, samt geografiske fremstillinger er også inkludert (Finbråten, 2018, s. 91).

Interaktiv HL handler om evne til å kunne utvelge viktig informasjon og tolke den informasjonen man får fra ulike kommunikasjonsformer, samt å bruke denne innenfor ulike omstendigheter. Denne typen HL kan anvendes i møte med helsearbeidere og krever dermed kommunikasjon og samhandlingsevne og selvsikkerhet til å kunne handle ut ifra informasjon man får på individuelt plan (Finbråten, 2018, s. 92).

Kritisk HL handler om egenskapen til å kunne samle inn, ha en forståelse av og kritisk vurdere helserelevant informasjon fra forskjellige kilder. Det inkluderer også forståelse av hvordan man selv blir påvirket av ulike helsedeterminanter og evne til å engasjere seg i beslutningsprosesser for å ivareta egen eller befolkningens helse (Finbråten, 2018, s. 92).

2.4 Helsefremming og sykepleierfunksjon

Helsefremming er et relativt nytt begrep om noe som har pågått over lang tid. Lenge har man drevet med ting som *fremmer helse* uten at man direkte har brukt det som et begrep (Avlsvåg, 2018, s. 50-51). Man kan tenke på helsefremming som en del av en rekke oppgaver man har som sykepleier. Å styrke pasientens ressurser, gjøre en i stand til å få økt kontroll gjennom å utvikle personlige ferdigheter og kompetanse er en sentral del av helsefremming (Kristoffersen et al., 2017, s. 18).

Hjertesvikt er den sykdomsgruppen som har hyppigst forekomst i vår del av verden, og krever derfor ressurser og oppmerksomhet i helsetjenesten. Forebygging og behandling fører til bedre sykdoms prognose og at pasienter kan leve videre med den. Det starter bevisst med å jobbe helsefremmende allerede under sykehusoppholdet og kan gi positiv innvirkning gjennom helse pasientforløpet. Å rette blikket mot ressurser og ikke begrensinger, fremheve det friske og det som fungerer vises å være viktig hos hjertesviktpasienter. Dette vises også hos de med alvorlig hjertesykdom sykdom (Haugan & Rannestad, 2018, s. 149). Likevel skal en ikke underkommunisere utfordringer, men en skal komme frem til gode løsninger for det enkelte individet (Norekvål, Ernsten og Gjeilo, i Haugan & Rannestad, 2018, s. 149).

Empowerment kan beskrives som en prosess for å hjelpe mennesker til å få kontroll over ting som påvirker livene deres negativt (Gibson, 1991, i Gammersvik 2018, s. 120).

Sykepleieren samarbeider med pasienten for å hjelpe de med å finne ut hva som gir mest mulig kontroll over sykdom og dermed fremme og styrke kontroll over egen helse. Her er dialogen mellom pasienten, sykepleieren og veiledning viktig. Veiledning er en del av empowerment prosessen. Veilederrollen er en stor del av den pedagogiske funksjonen som sykepleier. Veiledning er et samarbeid mellom sykepleier, pasient og eventuelt pårørende. Veiledning bærer i teorien om at pasienten selv har «svaret» og får hjelp til å oppdage det. Hva pasienten skal mestre kan være for eksempel å leve med kronisk sykdom, mestre å forandre kosthold eller leve et sunt og helsefremmende liv. Det er en ansvarsfordeling mellom pasienten og sykepleier i denne prosessen. Sykepleier skal legge til rette for at pasienten skal få kompetanse og bli bevisst over helsefremmende faktorer, mulighetene de har og hvordan det kan virkeliggjøres. Pasientens ansvar er å bruke mulighetene de har. Sykepleieren er en viktig informasjonskilde for pasientene. Pasienten tar stor del i empowerment teorien, da bare de til syvende og sist kan gjøre seg selv «empowered» (Tveiten, 2018, s. 248-249).

Sykepleieren har en viktig betydning i forhold til hjertesviktpasienter når det kommer til oppfølgingen, veiledning og behandling. Dette gjelder både på hjertepoliklinikker som er drevet av sykepleiere, hjemmetjenesten, sykehjem og for hele helsevesenet (Ørn, 2016, s. 176). Mennesker som lever med en kronisk sykdom hvor en livsstilsendring må foretas, er meget viktig innen kommunehelsetjenesten. Her er sykepleierne en viktig gruppe som pasientene og pårørende samarbeider med. Sykepleierne kan derfor utgjøre en viktig forskjell når det kommer til å hjelpe vedkommende til å mestre egen sykdom. Dette er avhengig av at aktuell kompetanse blir satt i fokus i sykepleierutdanningen og at rammefaktorene legger til rette slik at sykepleieren kan prioritere slike arbeidsoppgaver i praksis (Kristoffersen, 2017, s. 340).

3. Hensikt

På bakgrunn av dette er hensikten med oppgaven min å få en økt forståelse for hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med hjertesvikt til å meste egen sykdom bedre i forhold til livsstilsendring. Dette er for å forhindre negativ progresjon av sykdom og dermed bedre livskvalitet og mestringsfølelse for pasientene. Oppgaven skal presentere funn ved veiledning og undervisning av hjertesviktpasienter, og dermed sette lys på kvalitet av tilbudet innen helsetjenesten og yrkesutøvelsen innenfor sykepleie. Jeg ønsker å sette søkelys på å finne faktorer eller metoder som er viktig sett fra pasientenes erfaringer og ståsted gjennom samtaler eller meningsmåler i ulike versjoner ved hjelp av forskningsartikler.

4. Problemstilling av avgrensinger

4.1 Sykepleierfaglig problemstilling

Problemstillingen jeg skal ta for meg i denne oppgaven har jeg formulert på denne måten:

Hvordan kan sykepleiere bidra til å øke kunnskap, samt fremme livsstilsendring hos pasienter med hjertesvikt?

4.2 Presisering og avgrensning

Jeg har valgt å begrense pasientgruppen til pasienter diagnostisert med hjertesvikt i aldersgruppen over 18 år. Jeg kommer ikke til å skille mellom kjønn. Forskningen jeg har funnet vil ta for seg pasienter som er innlagt på sykehuset og de som benytter seg av poliklinisk tjeneste.

Jeg skal fokusere på sykepleierens rolle og funksjon i møte med pasienter med hjertesvikt. Sykepleierens funksjonsområder består av flere faktorer. For eksempel helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning. Det består også av organisering, administrasjon og ledelse, samt fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et al., 2017, s. 17). Jeg kommer derimot til å legge hovedfokuset på sykepleierens funksjon ift. livsstilsendring, helsefremming, forebygging, undervisning og veiledning hos pasientgruppen jeg har valgt. Dette vil tillate meg å få mer kunnskap om fagområdet og er noe jeg tar meg nytte av i fremtiden som ferdigutdannet sykepleier.

3. Metode

Vi kan si at metode er en beskrivelse av hvordan man går frem for å skaffe kunnskap eller etterprøve kunnskap. Å være metodisk i vitenskapelig forstand betyr å bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen. Det kreves sannhet og ærlighet, samt å organisere tankene og sette de i et organisert system (Dalland, 2017, s. 51).

Man kan definere metode slik:

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, i Dalland, 2017, s. 51).

I bacheloroppgaver blir litteralstudier ofte brukt, og er en beskrivelse av kunnskap og analyse av utvalgte forskningsartikler som passer innenfor en bestemt problemstilling i et fagområde. Meningen er da å skaffe seg informasjon, kunnskap og forskningsresultater innenfor problemstillingen og fagområdet før man starter arbeidet (Thidemann, 2019, s 79-89).

Ved å benytte meg av vitenskapelig forskning, pensumlitteratur, annen relevant litteratur og egne erfaringer, vil jeg tilegne meg økt kunnskap og forståelse for problemstillingen.

3.1 Litteraturstudie som metode

Opgaven krever at jeg bruker litteraturstudie som metode i besvarelsen til problemstillingen min. En litteraturstudie kjennetegnes ved systematisering av vitenskapelige kilder. Man samler inn, velger ut kilder ved bruk av kritisk vurdering og sammenfatter en konklusjon til slutt. For at besvarelsen skal bli best mulig er det blant annet viktig med en tydelig avgrenset og presis problemstilling, god beskrevet hensikt, begrunnet metodevalg, presentasjon av søkestrategi og oversikt av søkerhistorikk, oppsummering av valgte forskningsartikler, på hvilket grunnlag de inkluderes eller ekskluderes i teksten, kritisk vurdering og litteraturmatrise (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Kvantitative studier baserer seg på målbare enheter. Disse tallene kan gjøre at man finner gjennomsnittet av noe, eller for eksempel hva inntekten til befolkningen er eller hvor stor prosentandel av befolkningen som er avhengig av en tjeneste (Dalland, 2017, s. 52). Dataene vi finner ved kvantitativ metode er målbare enheter. Det er tall, objektive og harde fakta. Det er gunstig å bruke ved for eksempel testing av hypoteser, teorier eller tydelige mønstre slik at kunnskapen kan generaliseres. Her foregår datainnsamlingen i form av spørreskjemaer med faste svaralternativ, strukturert og systematisk observasjoner og eksprimet (Thidemann, 2019, s. 75-76).

Ved å benytte seg av kvalitativ forskning fordi da får vi en bedre innsikt i samtalene i forskningsartiklene. Kvalitativ metode fanger opp opplevelser eller meninger som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017, s. 52). Dataene vi finner ved kvalitative metoder viser menneskelige egenskaper som meninger, erfaringer, opplevelser, forventinger, motiver, holdninger og tanker. Den får frem nyanser. Med denne metoden vil man finne dybdekunnskap og finne mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Kvalitative metoder er gunstige når man vil finne svar på hvordan ting oppleves, foregår eller hva forskjellige ting betyr. Her innhentes data inn i form av intervju, feltarbeid, dokumentasjon analyse eller observasjoner. (Thidemann, 2019, s. 76).

Det er både svakheter og styrker ved kvalitativ og kvantitative forskningsartikler, derfor vil det være gunstig å kombinere disse. Det er et sterkt argument for studiens resultater når to forskjellige metoder gir samme resultat (Thidemann, 2019, s. 77).

Forskingsartiklene jeg har valgt er alle kvantitative artikler. Ideelt sett hadde det vært bedre å ha både kvantitative og kvalitative artikler i forhold til årsaker som nevnt i avsnittene over. Dette er første gang jeg skriver en slik oppgave. Med mer erfaring hadde jeg klart å finne kvalitative artikler lettere som jeg kunne ha tatt med i oppgaven min. Men kvantitative artiklene som jeg har valgt, fant jeg veldig aktuelle for pasientgruppen og problemstillingen min.

3.3 Litteratursøk

I staten av litteraturstudiet, gjennomføre man et innledende litteratursøk for å orientere seg i fagstoff og forskning. Dette gjøres for å få et innblikk i hvor mye som er skrevet om problemstillingen og er ikke like systematisk som hovedsøket. Hovedsøket et systematisk litteratursøk som er mer planlagt, dokumentert, begrunnet og det er mulig å tilbakevise søket. Det består av operasjonalisering av problemstillingen, valg av databaser, bestemmelse av søkeord, gjennomføre søket, evaluere søket og dokumentere søkestrategien (Thidemann, 2019, s. 81-89).

Jeg har valgt å ta i bruk PICO for å operasjonalisere problemstillingen min. PICO er med på å tydeliggjøre problemstillingen min bedre, da den består av spørsmål som pasient/problem, intervention, comparison og outcomes. Problemstillingen er oppdelt i en 3(4)- deling og klargjør hva jeg vil inkludere og ekskludere i det systematiske litteratursøket for oppgaven min (Thidemann, 2019, s.84).

P:	Pasient/problem	Pasienter med hjertesvikt
I:	Intervensjon	Mestre livsstilsendring Hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten best mulig for å klare overnevnte
C:	Comparison	Ikke aktuell
O:	Outcome	Mestring og forhindre dårlig progresjon av sykdom

Figur 1, PICO tabell.

3.3.1 Ekskludering og inklusjonskriterier

Jeg har valgt å lage meg en tabell for å tydeliggjøre ekskludering og inklusjonskriterier til forskning artiklene jeg har valgt. Hensikten med dette er å avgrense mengde litteratur og tydeliggjøre litteratursøket (Thidemann, 2019, s. 83).

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	Hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med hjertesvikt til å meste egen sykdom bedre i forhold til livsstilsendring.	Artikler som ikke omtaler hjertesvikt
Forfattere	Forfattere med helsefaglig bakgrunn Sertifiserte sykepleiere med autorisasjon som forsker innenfor faget, lektorene for sykepleierfaget og forfattere med doktorgrad som er sykepleiefaglig/medisinsk.	Andre forfattere enn de som inkluderes Forfattere med ikke helsefaglig bakgrunn
Tidsskrifter	Medisinske og sykepleietidsskrifter	Tidsskrifter som ikke kan relateres til sykepleier yrket
Studiets design/ metoden	Fagfellevurdert forskning Kvantitative forskningsartikler	Metoder og design som ikke følger forskningsartiklers oppbygging.

Angiver/informanter	<p>Resultater gjengitt gjennom nevnte forfattere.</p> <p>Sykepleiere og helsepersonell som har direkte kontakt med og/eller tar del i oppfølging hos pasientgruppen. De kan ta del i forskningen under for eksempel lektoren eller være hoved informanten.</p> <p>Pasientutvalget er begrenset ut ifra kjønn og alder som nevnes lenger nede i dette skjemaet.</p> <p>Forfatteres kjønn, alder, nasjonalitet, yrkeserfaring og videreutdanning er ikke begrenset.</p>	Angiver/informanter som ikke er knyttet til hjertesvikt problematikk
Publiserings år	2015-2021 (til dags dato).	Artikler publisert før 2015
Kjønn	Alle kjønn	
Alder	18 år og oppover	Under 18 år
Språk	Skandinaviske språk (svensk, norsk og dansk) + engelske artikler	Andre språk

Figur 2. Eksklusjon og inklusjonskriterier.

For å finne relevante forskningsartikler til problemstillingen min i søkeprosessen, brukte jeg ord som: «selfcare», «heart failure», «lifestyle changes», «education», «heart failure patients» og «health literacy». Jeg brukte disse i forskjellige kombinasjoner i søkene (se vedlegg 1, i dokument som er lagt som vedlegg). Jeg valgte engelsk fordi de fleste artiklene på databasene jeg valgte å bruke var skrevet på engelsk.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk omfatter å vurdere og karakterisere valget av litteraturen man vil benytte i oppgaven. Det handler også om å presisere hvilke kriterier man har brukt ved utvelgelsen. Dette er for å vise en refleksjon i valget en tar, om det er relevant og om litteraturen er brukbar i forhold til problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158).

Artiklene jeg har funnet er fra andre land enn Norge. Jeg er bevisst på at landene muligens kan ha en annen struktur innenfor sykepleie enn Norge på grunn av kultur forskjeller. Jeg fant derimot innholdet i alle artiklene som svært relevante for problemstillingen min og pasientgruppen.

Jeg har brukt litteraturisme tabell (*vedlegg 2*) og kvalitetsvurdering tabell (*vedlegg 3*) i vurdering av artiklene jeg har funnet. Disse finnes på dokumentet som jeg har lagt som vedlegg.

3.4.1 Begrenset tidsrom for publiserings år

Det meste av litteraturen jeg har brukt er hentet fra skolens pensumlister, fagfellevurdert forskning og fra offentlige publikasjoner. Jeg har brukt pensumlitteratur som ikke er eldre enn ti år etter skolens retningslinjer. Når det kommer til forskningsartiklene jeg har valgt, har jeg prøvd å begrense det til innen 5 år. Dette er fordi jeg har ønsket å forholde meg til så nylig oppdatert forskning som mulig. Alle artiklene mine endte opp med å være publisert mellom 2019 og 2020.

3.4.2 Databaser

Jeg har tatt i bruk Helsebiblioteket (2019) sine anbefalinger for å en oversikt over hvilke databaser som hadde mest informasjon om fagområdene som var relevant for min problemstilling. I det systematiske litteratursøket (*vedlegg 1*) valgte jeg databasene CINAHL og Pubmed. Til slutt satt jeg igjen med fire forskningsartikler.

3.4.3 Etske overveielser.

Samtlige artikler inkludert er det foretatt etisk vurdering. Det er foretatt vurdering av artiklene av etiske komite. Ifølge Dalland (2017, s.235) handler etiske overveielser om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet kan medføre. Med å gjøre seg tanker om dette kan man unngå etiske problemer som kan oppstå, men det er også med på å styrke tillit. Det er også viktig at deltagelsen er frivillig. Eksempel på dette er studier som innhenter personopplysninger, da er det viktig med en god tillitt mellom deltager og den som utfører studien (Dalland, 2017. 235). Med dette kan en si at artiklene er etisk godkjente.

4. Presentasjon av forskningsartikler

Full informasjon om forskningsartiklene er i vedlegg nummer 2 (litteraturisme).

[Artikkel 1: A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. \(2019\).](#)

Forfattere: Xiaoning Cui, Xiaozhi Zhou, Long-le Ma, Tong-Wen Sun, Lara Bishop, Fergus, W Gardiner, Lexin Wang.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke effekten av sykepleier ledet undervisning til pasienter med hjertesvikt ift. å forhindre unødvendige reinnleggelser, samt om dette forbedret «self-care» kapasiteten til denne pasientgruppen (Cui et al., 2019).

Metode og utvalg: Studien er en kvantitativ studie. Populasjonen inkludert i studien bestod av nittiseks pasienter med hjertesvikt i den østkinesiske provinsen Shandong. Metoden brukt var at man delte pasienten inn i to grupper, en gruppe som mottok et undervisningsprogram med seg hjem etter utskrivelse, og andre gruppen som fikk normal oppfølging ift. sykehusets retningslinjer. Man vurderte så de to gruppenes fremgang ift. medikamentell behandling, endring av kosthold, sosial støtte og kontroll av symptomer etter tolv måneder etter studien (Cui et al., 2019).

Resultat: Resultatet av studien viste at pasientene som hadde mottatt undervisning ift. hjertesvikt hadde lavere antall reinnleggelser på sykehuset enn kontrollgruppen, samt bedre forståelse for håndtering av symptomer, medikamentell behandling og kosthold knyttet til hjertesvikt (Cui et al., 2019).

Relevant: Artikkelen er relevant ettersom den ser på hvordan sykepleiers tiltak ift. undervisning av pasienter med hjertesvikt har god effekt for pasienten ift. livsstilsendring og god health literacy.

Artikkel 2: Does Health Literacy Affect Self-Care in Patients with Heart Failure? (2020).

Forfattere: Merve Erünal & Hatice Mert.

Hensikt: Denne forskningsartikkelen utforsker om helsekompetanse kan påvirke egenomsorgen hos hjertesviktpasienter (Erünal & Mert, 2020).

Metode og utvalg: Studien er en kvantitativ studie. Det var hundre og ti pasienter ved et universitetssykehus som deltok på en periode over ett år. Det ble brukt tre forskjellige datainnsamlinger. Det var brukt intervju per pasient som varte i cirka tjue minutter. Det første skjemaet var et pasientkarakteristisk skjema som omhandlet blant annet alder, kjønn, hvor lenge de hadde hatt hjertesvikt og om de hadde mottatt informasjon om sykdommen tidligere. Det andre skjemaet var «The European Heart Survey» som samlet informasjon om helsekunnskapene til pasientene. Det siste skjemaet «Self-Care of Heart Failure Index» målte evnen til egenomsorg hos pasientene (Erünal & Mert, 2020).

Resultat: Skjema nummer en resulterte i at «health literacy» tydelig påvirket evnen til egenomsorg hos pasientene og stod for førti prosent av vedlikeholdet hos pasienten. Det viste også at det blant annet førte til mer effektiv kommunikasjon med helsepersonell. Nummer to viste at pasienter som hadde mer kompetanse, kunne gjenkjenne symptomer og starte nødvendige tiltak eller justeringer bedre enn de med lavere kompetanse. Den siste viste en sammenheng mellom at helsekompetanse og vedlikeholds evner førte til bedre selvtillit hos pasientgruppen (Erünal & Mert, 2020).

Relevant: Denne artikkelen er relevant ettersom den ser på at effekten av at god HL fører til god kommunikasjon med helsepersonell og hvordan økt kompetanse fører til bedre utfall for pasientens helse.

Artikkel 3: Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Self-Care Behaviors in Patients With Heart Failure (2019).

Forfattere: Sousan Saadati, Marhamat Farahaninia, Mehri Bozorgnezhad & Hamid Haghani.

Hensikt: Studien hadde som mål om å bestemme forholdet mellom helsefremmende livsstil og egenomsorgsattferd hos hjertesviktpasienter (Saadati et al., 2019).

Metode og utvalg: Studien er en kvantitativ studie. Den er fra et sykepleieforskningscenter ved sykepleie og jordmorskolen fra det iranske universitetet for medisinske studier. Det er en kvantitativ studie med tohundre hjertesviktpasienter som var henvist til tre forskjellige hjertepoliklinikker på sykehuset som var tilknyttet universitetet. Deltakerne alder varierte fra atten år og oppover. Det ble brukt to spørreskjema for å samle inn informasjon. Det ene spørreskjemaet ga en oversikt over hvor god livsstil deltakerne hadde og det andre skjemaet ga en oversikt over hvor god egenomsorg deltakerne hadde. Man kunne dermed se sammenhengen mellom hvordan egenomsorg påvirket livsstilen hos deltakerne (Saadati et al., 2019).

Resultat: Resultatene viser at livsstilsendringer har en positiv innvirkning på pasientens egenomsorgs evne. Studien påpeker også viktigheten i at helsepersonell og sykepleiere, spesielt de som arbeider på et samfunnsmessig nivå gjør alt de kan for at pasientene påtar seg mer ansvar for seg selv for å fremme egen helse (Saadati et al., 2019).

Relevant: Artikkelen er relevant ettersom den tar for seg sentrale temaer for problemstillingen. Den ser på livsstilsendring ift. hjertesvikt og evne til egenomsorg.

Artikkel 4: Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study (2020).

Forfattere: Marccone A Lima, Alice P Duque, Luiz F Rodrigues Junior, Viviani CS Lima, Liana AC Trotte & Tereza CF Guimaraes.

Hensikt: Målet med studien var å finne ut om health literacy hadde en innvirkning på livskvaliteten til hjertesviktpasienter som var innlagt på sykehus (Lima et al., 2020).

Metode og utvalg: Studien er en kvantitativ studie. Femti pasienter ble inkludert i studien. Kompetansen til pasientene ble målt med et spørreskjema (Questionnaire about Heart Failure Patients) og livskvaliteten med «Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» (Lima et al., 2020).

Resultat: Resultatet av studien viste at høyere kompetanse om egen sykdom føre til bedre livskvalitet hos disse pasientene. Studien viser også til at 3 variabler hadde direkte påvirkning på pasientens livskvalitet. De variablene var reinnleggelser på sykehus det siste året, pasientens helhetlige helsekompetanse, og kunnskap om hjertesvikt. I studien konkluderte de også at helsepersonell er viktige for å hjelpe pasientene til å forbedre forståelsen deres (Lima et al., 2020).

Relevant: Artikkelen er relevant ettersom den ser på hvordan økt kunnskap om egen sykdom har innvirkning på pasientens livskvalitet. Den er også relevant ift. at den omtaler hjertesvikt pasienter spesifikt og hvilke faktorer som påvirker deres livskvalitet.

4.1 Hovedfunn

- ❖ Undervisning til hjertesvikt pasienter kan bidra til å forhindre reinnleggelser, øke livskvalitet, bedre symptomkontroll, styrke pasientens rolle og evne til sykdomsmestring.
- ❖ Sykepleiere har en sentral rolle ift. å fremme helsekompetanse til pasienter med hjertesvikt.
- ❖ Helsefremmende livstil virker positivt inn på pasientens evne til egenomsorg.

- ❖ Det er en sammenheng mellom pasientens kunnskapsnivå ift. hjertesvikt og pasientens livskvalitet. Høyere health literacy korresponderer med bedre livskvalitet.
- ❖ Behandling av hjertesvikt er avhengig at pasienten har god sykdomsforståelse og etterlevelse av behandling/anbefalinger for å forhindre reinnleggelser og raskere forverring av sykdom.
- ❖ Å hjelpe pasient til å øke ansvaret for egen helse er nyttig for å ha mer kontroll over progresjon av egen sykdom.
- ❖ Livsstilsendring har en positiv innvirkning på pasientenes egenomsorgsoppfølging.
- ❖ Health literacy fører til mer effektiv kommunikasjon med helsepersonell og det er enklere å lage avtale om når man skal søke omsorg på sykehus.
- ❖ Health literacy førte til bedre selvtillit i forhold til sykdomsmestring hos pasientene.
- ❖ Helsepersonell er en viktig kilde til informasjon for pasientene.

5. Drøfting

Hvordan kan sykepleiere bidra til å øke kunnskap, samt fremme livsstilsendring hos pasienter med hjertesvikt?

I drøftingsdelen vil jeg drøfte på bakgrunn av hovedfunnene fra artiklene.

5.1 Hjelp til livsstilsendring.

Ifølge [Saadati et al. \(2019\)](#) er dagens behandling av hjertesvikt tett knyttet til pasientens egenomsorgsevne. Tiltros for avanserte fremskritt innen medisin, så er den langsiktige prognosen til hjertesvikt pasienter enda ikke så god. Man kan derimot se en sammenheng mellom helsefremmende livsstil og økt evne til ivaretagelse av ens egen helse. En sunn livsstil vil kunne bidra til å minke belastningen av en kronisk sykdom som hjertesvikt.

[\(Saadati et al., 2019, s.16\).](#)

Begrepet livsstil kan defineres på mange forskjellige måter. Livsstil kan tenkes på som måten man velger å leve livet sitt på. Med dette innebærer det ofte valg en tar knyttet til helsen sin. Man snakker ofte om livsstil i en negativ forstand i ord som livsstilsykdommer som er sykdommer der bestemte levevaner er en viktig medvirkende faktor til sykdom (Kristoffersen, 2017, s. 297). Eksempler på skadelig livsstil er hvis man røyker tobakk, drikker for mye alkohol, er i lite aktivitet og et dårlig kosthold er risikofaktorer for dårlig helse som er tett knyttet opp mot hjerte-kar sykdommer (Kristoffersen, 2017, s. 300). Det er opp til hver enkelt person å bestemme hvordan en skal leve livet sitt. Det som derimot kan gjøres fra helsevesenet sin side er å motivere befolkningen til å leve en sunnere liv.

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid har lenge vært en del av sykepleieres arbeidsområder. Under dette inngår det helsefremmende arbeidet rettet inn mot å utvikle pasientens handlingskompetanse, samt fremme mestring. Det forebyggende arbeidet retter seg inn mot å påvirke konkrete risikofaktorer forbundet med sykdom (Kristoffersen, 2017, s. 297). Jeg tenker at det er viktig at sykepleieren bidrar i informasjonsarbeid til befolkningen og pasientene en har ansvar for i at livsstilsendringer vil bidra både til å forhindre sykdom/rask progresjon av sykdom og gjøre dem bedre i stand til å ivareta egen helse.

Det kan derimot også tenkes at pasienter med hjertesvikt opplever det som utfordrende i møte med helsevesenet i forhold til frykt for å bli stigmatisert. Det er mulig at en pasient med hjertesvikt som har et dårlig kosthold, er lite aktiv og røyker tobakk kan føle at helsepersonell dømmer dem og derfor vegrer seg fra å oppsøke hjelp. Det er viktig at sykepleieren i sine roller fremmer håp for pasienten. Man kan tenke seg at pasienter med en kronisk sykdom som hjertesvikt mangler håp og ikke ser lyst på fremtiden. Det kan tenkes at motivasjonen for å gjøre livsstilsendringer er liten ettersom de ikke ser håp for å bli bedre. Det er da viktig at sykepleieren fremmer god informasjon og støtte til pasienten. I Renolen (2015 s. 174) omtaler man pasienters oppfattelse av hva som fremmer håp. Her trekkes det frem at familie og venner er viktige når krisen rammer pasienten og kan være en viktig faktor for å fremme håpet.

I sin studie poengterer Cui et al., (2019) at pårørendes involvering i pasientens behandling og oppfølging av hjertesvikt kan være en faktor som fører til god etterlevelse av anbefalinger gitt av sykepleiere. Cui et al., (2019) legger også frem at i sitt undervisningsprogram til pasienten oppfordret de også pårørende til å delta. Det kan tenkes ved å undervise pasientens pårørende vil en også etablere en form for felles innsats for å få pasienten bedre. Eksempelvis hvis pasientens pårørende også lever en usunn livstil vil det kunne være utfordrende for pasienten å skulle etterleve anbefalingene ift. kosthold, aktivitet, alkohol osv. Renolen (2015, s. 179) omtaler dette som interpersonlige faktorer. Med dette menes at støtte fra familie og venner kan ha stor betydning for helseatferd. Endringen i rutiner vil påvirker ens sosiale relasjoner. Man kan tenke seg at hvis en skal forsøke å slutte å røyke kan det være enda vanskeligere om alle sine nærmeste røyker (Renolen, 2015, s.179).

I Renolen (2015, s. 174) viser man også til at helsepersonell også er en viktig kilde til håp. Ved at en tar seg tid til å snakke med pasienten, gi informasjon, være vennlig, høflig, omsorgsfull, hjelpsom, vise respekt og ærlighet fremmer en trygghet og håp for pasienten (Renolen, 2015, s.197).

5.2 Health literacy påvirker evne til egenomsorg

Flere av artiklene inkludert konkluderer med at bevisstgjøring av pasientens ansvar for egen helse og styrking av helsekompetanse er sentral i behandlingen av hjertesvikt. I studien til [Cui et al., \(2019\)](#) poengteres det derimot at pasientens forutsetning til å følge opp sin hjertesvikt avhenger av mange forskjellige faktorer slik som sosioøkonomisk bakgrunn, nivå av HL, støtte fra familie, grad av undervisning mottatt, reisevei mellom hjem og sykehus m.m. Det kan tenkes at en person med mindre økonomiske ressurser og utdanningsnivå tar mindre kontakt med helsevesenet på grunn av utgiftene det medfører. Det kan også være de ikke vet hvor de skal henvende seg grunnet manglende tilgang på informasjon. Det kan føre til at pasientene kanskje utsetter legebesøket med mindre det er absolutt nødvendig. Høyt utdannede individer har ofte mer kunnskap og kompetanse til å kunne både søke, finne og forstå helseinformasjon. Høyt utdannede som er kjent med oppbygningen til helsetjenesten og samfunnet, vil søke hjelp til rett tid lettere og ta seg nytte av relevante tjenester ([Braut & Aarheim, 2020, s. 114-115](#)). I sin studie så [Erüna & Mert \(2020\)](#) en sammenheng mellom utdanningsnivå og HL ettersom 59,1% av personene i studien kun hadde fullført barneskolen. Dette førte da med seg dårligere forutsetning for å ha god HL. I [Helsedirektoratet \(2018, s.142\)](#) sin rapport om folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling beskrives dårlig HL som et økende samfunnsproblem som gjør det utfordrende å tilby likeverdig helsetjenester. I rapporten vises det også til at høy HL assosieres med brukermedvirkning, tidligere sykdomspåvisning, sunnere levevaner, redusert sykehusinnleggelse og mindre dødelighet. Trenden er dessverre i motsatt favør for personer i kategorien med lav HL ([Helsedirektoratet, 2018, s.142](#)).

Som sykepleier kan man argumentere for at man har en direkte påvirkning på pasienters HL. Sykepleiere utgjør den største yrkesgruppen innen helsetjenesten, samt er også gruppen helsepersonell som i størst grad møter pasienter i deres vante miljø (Kristoffersen, 2017, s.360). Som sykepleier er man også med å tilpasse informasjonen som gis til hver enkelt pasient slik at de lettere kan forstå det utfra det utgangspunktet de har for å tilegne seg kunnskap og informasjon. Dette kan omtales som sykepleierens pedagogiske funksjon, som er en sentral del både i studiet for å bli sykepleier, men også som praktiserende sykepleier. Man ser at sykepleiere totalt sett gir mer informasjon til pasientene enn legene gjør, og dette da spesielt informasjon knyttet til pasientens egenomsorg (Kristoffersen, 2017, s.361). Det er da desto viktigere at en tilpasser dette til personene som skal motta informasjonen. Jenum & Pettersen (2014) trekker frem at sykepleiere kan overestimere pasientens nivå av HL og at informasjonen da ikke tilpasses godt nok. Dette kan føre til at pasienten gjennomfører egenbehandling feil og kan skape engstelse, stress og frustrasjon for pasienten (Jenum & Pettersen, 2014). Det kan tenkes at man som sykepleier i Norge tar for gitt at alle kan lese og skrive, eller at alle forstår norsk. Dette kan føre til at viktig informasjon ikke blir formidlet tilstrekkelig. Det kan da være hensiktsmessig å benytte seg av for eksempel film eller bilder i undervisningen til for eksempel pasienter med innvandrerbakgrunn med begrensede språkferdigheter eller lav HL (Jenum & Pettersen, 2014).

5.3 Etikk og det å se pasientene som enkelt individer.

Innenfor sykepleieetikken er retten til selvbestemmelse et viktig punkt. Pasientens autonomi bør alltid stå sentralt i tilnærmingen av hvilken behandling pasientene mottar. Som sykepleier har man en undervisende og formidlende rolle ovenfor pasienten. Det er derimot slik at pasienten har sin fulle rett til å nekte å ta imot eller følge råd som gis fra helsevesenet. Her kan det oppstå et etisk dilemma. Autonomiprinsippet viser til at så lenge pasienten er kompetent til å ta egne valg så skal den bestemme over sin egen behandling og pleie, i tillegg til at de har rett til å nekte behandling. (Nortvedt, 2016, s. 98). På den andre siden har vi også velgjørhetsprinsippet. Denne forteller oss at sykepleiere skal yte helsehjelp som er som er best for pasienten og som resulterer i best mulig helsegevinst og velferd (Nortvedt, 2016, s 96). Man kan se at det oppstår en konflikt mellom pasientens autonomi og velgjørhetsprinsippet, hvis pasienten ikke følger råd og anbefalinger. Det er derimot viktig å poengtere at pasientens autonomi er viktigst og at sykepleierens oppgave er å gjøre pasienten i stand til å foreta egne valg på bakgrunn av tilgjengelig informasjon. Synet på pasientrollen har forandret seg mye. De tradisjonelle etiske prinsippene om «velgjørhet» og «ikke skade prinsipp» har blitt erstatter i stor grad med fokuset om at man skal respektere pasientens autonomi (Kristoffersen, 2017, s. 361).

Pasientautonomi er avhengig av at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, at pasienten får bearbeidet og forstått informasjonen de får (Nortvedt, 2016, s.139). [Erūnal & Mert \(2020\)](#) sin studie viser at pasienter med tilstrekkelig helsekompetanse hadde bedre egenomsorg og det førte til bedre helse og sykdomsmestring hos hjertesviktpasientene. Man ser derimot at informasjon til pasientene er et av områdene i helsetjenesten der det er dårligst tilbud på grunn av dårlige rutiner, krenkende oppførsel og tilfeldigheter i pasientomsorgen som gjør at det ikke blir tilstrekkelig (Nortvedt, 2016, s. 139). Når dette er sagt er man pliktig ifølge lovverket å gi pasienter tilstrekkelig informasjon.

Pasientrettighetsloven § 3-2 forteller oss at pasientene har rett til å få innsikt i informasjon om egen helsetilstand og innhold i helsehjelp, i tillegg til risikofaktorer. De har også rett på nødvendig informasjon for å kunne ivareta egne rettigheter og rett på informasjon om relevante tjenestetilbud (pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

I sin artikkel hevder [Saadati et al. \(2019\)](#) at ved å øke pasientens ansvar overfor sin egen helse førte til at pasientene ble mer i stand til å mestre egen sykdom på et mer selvstendig plan. Jeg har derimot i alle praksisperiodene mine og på jobb erfart at alle mennesker er forskjellige og håndterer ting forskjellig. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). For noen kan det dermed tenkes at det å få ansvaret kan føre til at de får følelsen av å ha enda mindre kontroll over sykdom og kan forbindes med redsel. På denne måten kan vi se at noen kanskje trenger mer støtte over lengre tid for å bli trygg på at de mestre sykdommen sin mer selvstendig. Det kan også være at noen er mer ukritisk til egne helse og dermed også trenger mer veiledning over lengre tid. Dette er kanskje noe som også burde fanges opp i samtalen mellom sykepleier og pasient slik at de får en individuell plan, slik som de har rett på. Sykepleierne kan bli sett på som en autoritær rolle ovenfor pasienten og dermed virke som om det er «de som vet best» og derfor kan det tenkes at ikke alle pasienter føler seg komfortable med å si fra hva de trenger. Derfor blir det sykepleierens oppgave å få pasientens behov frem gjennom samtale. Jeg har selv sett slike beskjedne pasienter i praksis.

[Cui et al., \(2019\)](#) sin studie viser effekten av et sykepleierledet undervisningsprogram for hjertesviktpasienter hadde effekt på pasientenes evne til egen ivaretagelse. Ved undervisning av pasientene både under og etter innleggelsen så man at pasientene var bedre på ivaretagelse av seg selv, oppfølging av medikamentell behandling, sunnere kosthold, symptomkontroll og sosial og psykososial støtte. Ved å øke pasientens kunnskap vil en også kunne argumentere for at man øker pasientens livskvalitet. I sin studie fant [Lima et al. \(2020\)](#) en klar sammenheng mellom at pasienter med god kunnskap om hjertesvikt (god HL) forbedret livskvalitet etter de fikk denne informasjonen. Studien peker også på at pasientens livskvalitet ble direkte påvirket av antall reinnleggelser. Man kan altså argumentere for sammenhenger mellom hvordan økt informasjon til pasienter fører til økt HL, videre til reduserte innleggelser, bedre livskvalitet for pasienten, bedre egenhåndtering av sykdommen m.m.

[Cui et al. \(2019\)](#) poengterer at undervisning til hjertesviktpasienter bør ha fokus på at pasienten skal bli mest mulig selvstendig i oppfølgingen av behandlingen. Hvis man ser på tall fra FHI (2018) sine tall ift. forekomst av hjerte-kar sykdommer i 2018 ser man en økning i hjertesviktpasienter siden 2012, som trolig skyldes at man får flere eldre i befolkningen. Med flere eldre i samfunnet kan en oppleve økt trykk på helsetjenesten hvis pasienten ikke har kapasitet til å ivareta egen helse tilstrekkelig. Ved at sykepleiere øker kunnskapen til hjertesviktpasienter vil dette føre til en mindre belastning langsiktig for helsevesenet. På en annen side kan det tenkes at grunnet sin situasjon så har ikke pasienten lik mulighet til å møte opp på konsultasjoner ift. sin hjertesvikt. Det kan da være relevant at sykepleiere følger opp pasienten med telefonkonsultasjoner. I studien til [Cui et al., \(2019\)](#) så man at effekten av månedlige telefon konsultasjoner og/eller samtaler ansikt til ansikt hadde en god effekt på pasientens evne til egen ivaretagelse. Ifølge loven har pasientene rett til at informasjonen de mottar være gitt på en hensynsfull måte. Den skal være tilpasset pasientens alder, modenhet, språk og kulturbakgrunn, samt erfaring. Helsepersonell skal sikre at mottaker har forstått innhold og formål. Opplysningene som er gitt, skal skrives inn i pasientjournalen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). I [Erünal & Mert \(2020\)](#) kommer det frem at tilstrekkelig helsekompetanse førte til hjertesviktpasientene hadde bedre vedlikehold av selvpleie og egenomsorgsledelse, som førte til bedre selvtillit i sykdomsmestringen.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg foretatt meg helsefremming, undervisning og veiledning hos pasientgruppen. Dette vil tillate meg å få mer kunnskap om fagområdet og er noe jeg kan ta meg nytte av i fremtiden som ferdigutdannet sykepleier. Artikkene jeg har brukt i min besvarelse har satt et lys på at informasjon til pasienter er et svært viktig tema verden over ettersom de er hentet fra andre land enn Norge. Jeg tenker derimot at resultatene kan iverksettes også her til lands. Man ser klare sammenhenger med at å undervise pasienter til å mestre egen sykdom vil lette på press i helsetjenesten i form av mindre reinnleggelser, men og øke pasientens livskvalitet. Som snart ferdigutdannet sykepleier er det viktig å huske å sette mennesket i sentrum. Dette ved å fremme autonomi. Men for å få dette til å funke må en finne ut hva pasienten som individ trenger og ikke trekke konklusjoner på generell basis, da alle mennesker håndterer ting forskjellig. Det å få en slik diagnose kan sette livet på hodet for mange. Selv om noen pasienter kanskje er klare for å ta ansvar over egen sykdom, betyr det ikke at alle er klare for det steget samtidig. Alle pasienter har rett til individuell plan. Dette burde sykepleieren ta med i vurderingen av pasientens behov for sykepleie.

Konklusjonen jeg kom frem til er at sykepleiere spiller en viktig rolle i å øke pasienters kunnskap ift. hjertesvikt. På denne måten ved å øke kunnskap er sykepleiere med på å fremme livsstilsendringer, samt gjøre pasienten i stand til å ta informerte valg om sin egen helse. På denne måten bidrar også sykepleiere med å forhindre unødvendige reinnleggelser, øke pasientens livskvalitet og fremme mestring av sykdommen. Hjertesvikt er en sykdom en ikke kommer til å bli kvitt. Det er et stort samfunnsproblem og ved å øke kunnskapen til pasientene vil en kunne minke belastningen på et allerede belastet helsevesen. For at dette skal kunne foregå på en god måte behøver man sykepleiere med god evne for undervisning og som har god kompetanse om hjertesvikt. En må også ha sykepleiere som engasjerer seg i å informere pasientene og gir de ressursene de trenger ifra helsevesenet med veiledning og oppfølging. I forkingsartiklene jeg har funnet resulterte alle i at mestring og forståelse av egen sykdom var gunstig for hjertesviktpasientene. Det er som man sier, kunnskap er makt, og denne makten skal man bruke på en forsvarlig måte og fremme god helse. En må huske på at man jobber med mennesker og alle er forskjellige. Dessverre har ikke alle like forutsetninger for å ta imot informasjon eller følge opp egen helse og det er da viktig at man tilpasser informasjon og sikrer at det mottas ordentlig. Når dette er sagt kan man også lære at inkluderingen av pasientens pårørende kan være nyttig, særlig hvor det er snakk om sykdommer som krever livsstilsendringer.

Som nevnt tidligere er det utfordrende for pasienten å skulle stå alene i møte med sykdom og da trenger man støtte rundt seg. Støttespillere som familie og venner blir da sentrale i å fremme helse og sunn livsstil. Dette kan også bidra til å holde pasienten ansvarlige for sine valg eller gi motivasjon for veien videre. Det er nemlig slik at pasienter med hjertesvikt kan leve gode liv til tross for sin sykdom og da må man bygge videre på de ressurser pasienten allerede har.

Til ettertanke kan en tenke seg at ettersom en i dag allerede ser på en situasjon hvor man er i mangel på helsepersonell, så vil styrkingen av pasientenes egenomsorgsevne være et viktig tiltak for fremtiden.

7. Litteraturliste

Alsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. (2 utg., s. 50-70). Fagbokforlaget.

Braut, G.S., & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet - Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det Norske Samlaget.

Cui X., Zhou X., Long-le, M., Sun T., Bishop L., Gardiner FW. & Wang L. (2019) A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural and remote health*, 2019 19(2). <https://doi.org/10.22605/RRH5270>

Dalland, O. (2017). *Hva er metode?. Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Erüna, M & Mert, H. (2020). Does Health Literacy Affect Self-Care in Patients with Heart Failure?. *The Journal for Nurse Practitioners*. 16(9), s. 699-702.

<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.016>

Folkehelseinstituttet (2020). D1: Dødsfall etter kjønn, alder og dødsårsak. Hentet fra:

<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Finbråten, S. H. (2018) Health literacy I helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. (2 utg., s.86-110). Fagbokforlaget.

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik. & T.B Larsen, (Red.), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. (2 utg., s. 112-134). Fagbokforlaget

Haugan, G. & Rannestad, T. (2018) Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. (2 utg., s. 135-156).

Helsebiblioteket (2019). *Alle databaser*. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsebiblioteket (2016, 03 juni).

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

Helsedirektoratet (2018) *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling – Helsedirektoratets innspill til videre utvikling av folkehelsepolitikken*. (Rapport IS-2748)

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/ _attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)

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

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

Jenum, A. & Pettersen K. (2014) Hva betyr «lav health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning* 2014;9(3):(272-280) DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0145

Kristoffersen, N.J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3- Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (s. 295- 348). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G.H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleie- fag og funksjon*. (s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientenes ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 349- 406). Gyldendal Akademisk

Lima, M. A., Duque, A. P., Rodrigues Junior, L. F., Lima, V. C., Trotte, L. A., & Guimaraes, T. C. (2020). Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study. *American journal of cardiovascular disease*, 10(4), 490–498.

Nortvedt, P. (2016) *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk

NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 09.06.2021:

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

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

Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag*. (2utg.). Fagbokforlaget

Saadati, S., Farahaninia, M., Bozorgnezhad, M. & Haghani. H. (2019). Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Self-Care Behaviors in Patients With Heart Failure. *Client-Centered Nursing Care*. 5(1), s. 15-24. <http://dx.doi.org/10.32598/jccnc.5.1.15>

Sortland, K. (2015) *Ernæring- mer enn mat og drikke*. (5. utg.). Fagbokforlaget.

Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Universitetsforlag.

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).

Ørn, S. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling*. (163-198). Gyldendal Akademisk.

Ørn, S. (2016). Sirkulasjonsforstyrrelser. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling*. (93-108). Gyldendal Akademisk.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 Søkeprosess

Vedlegg 2 Litteraturisme

Vedlegg 3 Kvalitetsvurdering av artikler