



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

## Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - del 2 (Bacheloroppgave)**

**Sykepleiers rolle: mestring og multipel sklerose/  
Nurse's role: coping and multiple sclerosis.**

Kandidatnummer: 4509 og 4426

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Antall ord: 8590

Hovedveileder: Rigmor Alnes.

Innlevert Ålesund, 21.05.2016.

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §54-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Rigmor Alnes

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 21.05.2016.

**Antall ord: 8590**

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å gi økt mestring hos pasienter med multiple sklerose med lettere funksjonssvikt.

**Metode:** Gjennom en systematisk litteraturstudie har vi funnet 8 forskningsartikler.

Gjennom en analyse av disse 8 artiklene identifiserte vi fellestrekk og ulikheter, som videre ble belyst av relevant og eksisterende teori.

**Resultat:** Det er kommet frem gjennom forskningsartiklene at sykepleierne møter på kliniske utfordringer i møte med pasienter med MS og hvordan sykepleier skal forholde seg til disse. Artiklene får også frem sykepleier samfunnsmessige funksjon, samhandling mellom sykepleier og pasient med tanke på informasjon, støtte og metoder for å kommunisere på, og ulike mestringsstrategier for å takle de kliniske utfordringene.

**Konklusjon:** Sykepleier kan over en periode hjelpe pasienten til å oppnå mestring ved å skape et partnerskap, kartlegge gjenvnlig, lage mål og tiltak til pasientens problemområde, og videre hjelpe pasienten til å ta kontroll over situasjonen og bli mer selvstendig gjennom selvledelse.

## **Abstract**

**Purpose:** The purpose of this study was to examine how nurses can help to increase coping in patients with multiple sclerosis with a lighter disfunction.

**Method:** Through a systematic literature review, 8 articles were selected. After conducting a critical analysis of these articles, similarities and differences were identified.

**Results:** Various types of clinical challenges when treating a person with MS in need of health care. The articles focused on nurses societal function and interaction between nurse and patient in terms of information, support and methods of communication, and different coping strategies to deal with the clinical challenges.

**Conclusion:** Nurses can over a period help the patient to achieve coping strategies by creating a partnership, identify problems, create goals and measures these, and further help the patient to take control of the situation and be more independent through self-management.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING:.....	2
<b>2.0 TEORIDEL</b> .....	<b>3</b>
2.1 MULTIPLE SKLEROSE .....	3
2.1.1 Forekomst og årsak.....	3
2.1.2 Symptomer og diagnostisering.....	3
2.1.3 Medisinsk behandling .....	4
2.1.4 Tverrfaglig samarbeid.....	4
2.2 KRONISK SYKDOM OG MESTRING .....	4
2.2.1 Kronisk sykdom.....	4
2.2.2 Mestring .....	5
2.3 BENNER OG WRUBELS SYKEPLEIETEORI.....	5
<b>3.0 METODEBESKRIVELSE</b> .....	<b>7</b>
3.1 ETISKE HENSYN .....	7
3.2 KVALITETSVURDERING.....	8
3.3 DATASAMLING .....	8
3.4 ANALYSE .....	10
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
4.1 KLINISKE UTFORDRINGER I MØTE MED PASIENTER MED MS.....	12
4.1.1 Fysiske utfordringer.....	12
4.1.2 Psykiske utfordringer .....	12
4.2 SYKEPLEIERS SAMFUNNSMESSIGE FUNKSJON .....	13
4.3. PARTNERSKAP MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT .....	14
4.3.1. Betydningen av sykepleiers informasjon og støtte .....	14
4.3.2 Metoder for kommunikasjon .....	14
4.4 MESTRINGSSTRATEGIER .....	15
<b>5.0 REFLEKSJON</b> .....	<b>17</b>
5.1 DRØFTING AV METODEN .....	17
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	18
5.2.1 Hvordan sykepleier kan bidra til et godt partnerskap? .....	18
5.2.2 Kartlegging av pasientens behov .....	19
5.2.3 Oppfølging av pasienten .....	22
5.2.4 Veien videre - Selvledelse .....	23
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>26</b>
<b>7.0 KILDER</b> .....	<b>28</b>

## 1.0 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

I følge Nordtvedt (2000) finnes det flere studier som har vist at pasienter med multippel sklerose har en betydelig redusert livskvalitet i forhold til normalbefolkningen. Ikke mange vet at mennesker med denne sykdommen kan streve med skjulte problemer i årevis, både fysiske, psykiske og sosiale. Det er derfor ikke bare den fysiske funksjonssvikten som gir den reduserte livskvaliteten. De ser friske ut, men har andre symptomer som begrenser dem i hverdagen.

Vi har valgt dette temaet fordi vi begge er interessert i sykepleie til pasienter med nevrologiske sykdommer, og har erfaring med multippel sklerose fra alle praksisperiodene. Som sykepleierstudenter opplevde vi sykdommen som utfordrende for både sykepleier og pasient. Behandling av sykdom har vært, og er, en selvfølge i vårt helsevesen. For mange som lever med langvarige helseproblemer, er ikke dette tilstrekkelig. Dette er også noe som kommer frem i samhandlingsreformen. Den er rettet mot personer som har langvarige helseproblemer, og hvordan helsepersonell kan hjelpe disse til å mestre disse problemene og konsekvensene av dem på en bedre måte (St.meld nr 47 (2008-2009)).

Vi ønsker å finne ut mer om hvordan sykepleieren kan bidra i hverdagen slik at pasienten opplever mestring i forhold til sin diagnose i eget hjem. Dette er også noe som kommer frem i St. Melding nr 29 (2012-2013) som omhandler «Morgendagens omsorg», der regjeringen ønsker å videreutvikler satsing på bl.a. mestring med individuelle mål. Å se at livet og livskvaliteten til en person blir endret på grunn av sykdomstilstanden, var tøft og ga et sterkt inntrykk på oss i praksis. Derfor er det viktig at en som sykepleier arbeider på en måte som gjør at pasienter som bor hjemme opplever mestring, med god omsorg og økt livskvalitet (Espeset, Mastad, Johansen & Almås, 2010). Ut i fra dette og vår egen erfaring ønsker vi å gå i dybden på hvilke faktorer som kan bidra til en bedre hverdag med mestring for pasienter med MS.

## **1.1 PROBLEMSTILLING:**

Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til økt mestring hos pasienter med multippel sklerose som har en lettere funksjonssvikt?



## **2.0 TEORIDEL**

### **2.1 MULTIPLE SKLEROSE**

Multipel sklerose, forkortet MS, er en demyeliniserende autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom, uten en kurativ behandling i dag. Dette innebærer at kroppens eget immunsystem angriper myelinet på ulike steder i sentralnervesystemet. Myelin vil si ett fettlag dannet av gliaceller som isolerer nervebanene (Espeset et al. 2010).

Nervesignalene vil gå saktere, gå i stå eller blokkeres helt avhengig av omfanget av skaden. Dette medfører ulike funksjonstap og nevrologiske utfall (Bertelsen, 2011). MS er en livslang kronisk sykdom, det vil si at behandlingen som gis er symptomatisk og vil avhenge av hvilke symptomer pasienten er plaget av uten at den vil bedre sykdomsutviklingen. Det kliniske forløpet er forskjellig fra pasient til pasient. Mange pasienter med MS kan leve et tilnærmet normalt liv med god funksjonsevne, mens andre raskt kan bli rullestolavhengige og fullt pleietrengende (Bertelsen, 2011).

#### **2.1.1 Forekomst og årsak**

Sykdommen debuterer oftest i 20-40 års alderen, og det er dobbelt så mange kvinner som menn som får denne sykdommen. Forekomsten er størst blant mennesker med lys hud fra tempererte områder (Bertelsen, 2011). I følge Førde, (2015) lever 11.000 nordmenn med MS. Årsakene til MS er fortsatt uklare, men mange mistenker at arvelige faktorer spiller inn, i tillegg kan en eller flere ytre faktorer bidra til å utløse sykdommen (Espeset et al. 2010).

#### **2.1.2 Symptomer og diagnostisering**

De aller fleste av pasienten med MS vil oppleve betydelig kronisk tretthet og mangel på energi. Kognitiv dysfunksjon og psykiske problemer rammer halvparten av pasientene i løpet av sykdomsforløpet. Disse symptomene er uspesifikke og er lette å undervurdere eller overse. Det er ingen spesifikke symptomer eller undersøkelser som kan fastslå MS-diagnosen, men den bygger på sammenfatning av sykehistorie, kliniske funn og supplerende undersøkelser (Bertelsen, 2011. Espeset et al. 2010).

### **2.1.3 Medisinsk behandling**

Medisinene som brukes i behandling av MS i dag er ikke kurative. Dette er medikamenter som hemmer immunforsvarets angrep på nervesystemet, altså kraftige betennelsesdempende stoffer. Ved å dempe betennelse reduseres ødeleggelsen av myelin. På denne måten kan utviklingen av sykdommen bremses (MS- forbundet, 2014). Sykepleier kan være behjelpelig med administrasjon av legemidler, hvis pasienten ønsker hjelp til dette, men legen har hovedansvar for den medisinske behandlingen (Olsen & Rygg, 2004).

### **2.1.4 Tverrfaglig samarbeid**

Tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, lege, sosionom, psykiater og psykolog kan være til god nytte for pasientens følelse av mestring og kontroll. Sykepleier blir ofte pasientens nærmeste kontaktperson i helsesammenheng, da vi er de som ofte er mest med pasienten gjennom hjemmetjenesten. Vi ser pasienten jevnlig i deres hverdag og kan dermed observere sykdommens utvikling. Dette kan vi rapportere videre til lege eller annet helsepersonell (Espeset et al. 2010).

## **2.2 KRONISK SYKDOM OG MESTRING**

### **2.2.1 Kronisk sykdom**

Å leve med kronisk sykdom innebærer å takle en hverdag som er annerledes enn et liv som frisk. Når vi er friske, tar vi det meste for gitt, og dagligdagse gjøremål går unna uten problem. Kronisk sykdom betyr endringer i det tilvante. For noen er endringene dramatiske, for andre mer moderate og et spørsmål om gradvis tilvenning (Vifladd og Hopen, 2004). Sykdommen fører som regel med seg tap av noe, både fysisk og psykisk. Personen det gjelder klarer kanskje ikke lengre å presentere det samme som før, og pasienten blir hjelpetrengende (Grov, 2011). Når vedkommende på en og samme gang skal takle tapsfølelser og sorg i en endret livssituasjon og møte forventninger om å forme et nytt liv, kan den følelsesmessige byrden bli svært tyngende (Vifladd & Hopen, 2004).

### **2.2.2 Mestring**

Mestring er en vei der en steg for steg lager nye bilder og gjenvinner kontroll, og dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper en til å tilpasse seg til den nye virkeligheten og setter seg i stand til å se forskjellen på det en må leve med og det en selv kan være med på å endre (Vifladt og Hopen, 2004).

Følelse av kontroll er basis i all mestring. Ved langvarig sykdom er helsepersonell avhengig av pasientens historie for å forstå situasjonen, slik at vedkommende får støtte til å møte og takle følelser som bestemmer innholdet og den konkrete mestringen hver dag. Mestring er en vei «fremover» eller «oppover» fra ståsted til ståsted - fra avhengighet til økt selvstendighet. Når utsiktene av livssituasjonen er forbedret og tilpasningsdyktigheten er bedret vil dette også bidra til økt livskvalitet (Vifladt og Hopen, 2004).

## **2.3 BENNER OG WRUBELS SYKEPLEIETEORI**

Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori bygger på Heideggers fenomenologiske verdensforståelse. Det vil si at en går inn i hver situasjon med et førsteblikk, og dermed ser den enkelte med nye øyne. Det innebærer et fokus på bevissthet, hvor tanken om at omsorg er fundamentet for alt liv og for sykepleie som tjeneste (Benner og Wrubel, 2003).

Omsorgsteorien deres har blant annet fokus på hovedelementene omsorg, stress, mestring og sykepleie. Benner og Wrubel mener at omsorg er fundamental i den forstand at det å bry seg om skaper muligheter for å motta hjelp og yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold skaper muligheter for å bry seg om den andre og ha tillit til han eller henne. Dette gjør at en er i stand til å yte hjelp, motta hjelp eller føle seg brydd om. Denne måten å beskrive omsorg på skaper en kontekst som er sentral i all sykepleie. Omsorg defineres også som en måte å forholde seg til verden på. Det vil si forholdet mellom en person, og det han anser som meningsfullt og verdifullt, kontra det han opplever som uvesentlig (Benner og Wrubel, 2003).

Omsorgsteorien forteller at opplevelsen av stress oppnås når noe som er betydningsfullt for en person står i fare for å bli tatt i fra vedkommende. Stress oppleves som et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg,

tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd. Det vil si at dersom uforutsette hendelser kommer inn i livet til et menneske, vil ikke dens tidligere selvforståelse, bakgrunnsforståelse og kroppslige intelligens være tilstrekkelig for å fungere og forstå hendelsen. Et eksempel på dette kan være kronisk sykdom. Som person bli en da tvunget til å reflektere over situasjonen. Dette «bruddet» fra det normale, kalles stress (Benner og Wrubel, 2003).

Forholdet mellom stress og mestring kan forstås slik at stress er opplevelse av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon, mens mestring er det man gjør med dette bruddet. Det er hvert menneskes opplevelse og ferdigheter som avgjør hva som er stressende for den enkelte og ikke, og hvilke mestringsmuligheter de tar inn. Benner og Wrubel forteller at mestring er begrenset av de meningene og problemstillingene som forekommer i det hvert enkelt menneske opplever som stressende. Dette medfører at en må vurdere den enkeltes persons mulighet til mestring ut fra dens forståelse, vurdering og mulighet (Benner og Wrubel, 2003).

Benner og Wrubel har ikke noen klar fremstilling av hvordan sykepleiere skal forholde seg til pasienten på en konkret og systematisk måte. De hevder at sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og de behovene pasienten har når en skal hjelpe pasienten med å mestre sykdomsrelaterte stressfylte situasjoner. Sykepleier skal ikke fungere som en ekspert ovenfor pasienten der en «vet best» hvordan de ulike situasjonene bør mestres. Det finnes ikke en «riktig» måte å mestre situasjoner på. Hva som er best, må bestemmes i hvert enkelt tilfelle sammen med pasienten. For å kunne hjelpe pasienten til å kunne mestre ulike situasjoner med sykdom, helsesvikt, tap eller lidelse må sykepleier starte med å være aktiv til stede og få en dyp forståelse av hvordan pasienten opplever situasjonen. Videre forteller de at sykepleierens oppgave er å støtte pasienten til å skape mening i situasjonen. Det kan for eksempel gjøres ved å være med på å tolke de vesentlige aspektene i situasjonen, som symptomer, behandling og hvordan sykdommen utvikler seg (Benner og Wrubel, 2003).

### 3.0 METODEBESKRIVELSE

For å finne svar på problemstillingen brukte vi systematisk litteraturstudie som metode. I følge Forsberg og Wengstøm (2013) er et litteraturstudie systematisk søking, kritisk granskning og sammenligning av litteratur innenfor det valgte tema. I oppgaven vår har vi valgt å finne forskning med begrepene MS, mestring og livskvalitet i fokus. Forsberg og Wengstrøm (2013) mener at hensikten med et litteraturstudie er at en skal få god oversikt over et bestemt tema. Litteraturstudien skal bygge på ulik litteratur, der vi velger ut relevant data for det valgte emne vårt. Og deretter bearbeider og drøfter funnene i forskningen.

Før vi begynte å søke på artikler, valgte vi å definere hva vi skulle inkludere og ekskludere i forhold til hensikten med studiet. Det ville gjøre det lettere å finne relevante søkeord og avgrensinger i søket.

<b>Inklusjonskriterier:</b>	<b>Eksklusjonskriterier:</b>
Artikler fra 2010- 2016.	Artikler fra ikke-vestlig kulturkrets.
Omhandle multiple sklerose, sykepleie i hjemme eller motivasjon.	Sykehuspasienter
Voksne pasienter.	Institusjonsbeboere.
Språk: Norsk, svensk, dansk og engelsk.	Eldre enn 10 år.
IMRAD- struktur.	Barn og ungdom
Etisk vurdert.	Pårørendeperspektiv
Sykepleie- og eventuelt pasientperspektiv.	

### 3.1 ETISKE HENSYN

Vi har valgt å benytte oss av Forsberg og Wengstrøm (2013) sine tre etiske vurderinger som inngår i et systematisk litteraturstudie. Den første vurderingen handler om å velge artikler som er godkjent av etisk komite, eller der nøyaktige etiske overveielser er blitt gjort. Det andre vurderingen handler om å kartlegge alle artikler som inngår i studien og arkivere disse i ti år. Dette er ikke så aktuelt for oss med tanke på at vi skriver en bachelor. Den siste vurderingen handler om å presentere alle resultat som støtter og motsier

hypotesen, det er uetisk å presentere bare de artiklene som støtter det forskeren ønsker å finne ut.

Før vi har valgt forskningsartikler har vi vurdert om de er etisk forsvarlig. Vi har vurdert om forskerne i forskningsartiklene har tatt etiske hensyn, blant annet om deltakernes anonymitet er blitt i varetatt og at de har tatt hensyn til personvern av deltakerne. Dette mener vi forskerne har gjennomført. De har for eksempel fått informasjonsskriv om undersøkelsen, hvor de kan velge å bli med, og informasjon om at de kan trekke seg hvis de ønsker det. I noen artikler fikk deltakerne tilsendt spørreskjema/spørsmål på forhånd slik at de kunne forbedre seg og vurdere om de ønsket å være med på undersøkelsen. De har også brukt anerkjente statistiske metoder for å bearbeide data (Forsberg & Wengstrom, 2013).

### **3.2 KVALITETSVURDERING**

Etter at vi hadde fått tilstrekkelig med artikler, valgte vi å kvalitetssikre artiklene våre. Det er utarbeidet ulike sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler og det må brukes sjekklister som passer til ulike studiedesign (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008). Vi ønsket å finne en sjekklister som var oversiktlig og lett å bruke. Vi har funnet flere sjekklister, blant annet på kunnskapsenteret.no, men valgte til slutt å bruke Nordvedt et al. (2008) sine sjekklister for kvantitativ og kvalitativ forskning. Spørsmålene der omhandler om formålet i studien er tydelig, metoden og datasamlingen er godt beskrevet, og om funnene kommer tydelig frem og om de var relevante for vår oppgave. Vurderingsskjemaet gikk ut på å svare ja eller nei på spørsmålene. Vi valgte å diskutere og begrunne svarene med hverandre. Vi brukte også sjekklister for kvalitative og kvantitative forskningsartikler i boken til Forsberg & Wengstrom (2013) for å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene våre.

### **3.3 DATASAMLING**

Litteraturstudiet startet med lesing av bakgrunnskunnskap om emnet MS, livskvalitet og mestring i hjemmet. Det viste seg at det er lite faglitteraturen som går på akkurat dette området. Det er mer fokus på fysiske plager, og kronisk sykdom generelt.

Vi startet høsten 2015 med prøvesøk i ulike databaser. I starten synes vi det var vanskelig å finne aktuell forskning og rette søkeord. Derfor utarbeidet vi senere et litteratursøking ved hjelp av PICO-skjema. Dette for å få søket mest mulig strukturert og rettet mot temaet (Forsberg & Wengstrom, 2013).

P- står for populasjon. Det vil si hvilken type pasientproblem en skal skrive om (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart 2012). Populasjonen i vår oppgave blir pasienter med multippel sklerose. Vi brukte derfor blant annet disse søkeordene «multiple sclerosis» og «chronic disease».

I- står for intervention. Det vil si hvilket tiltak eller intervensjon en ønsker å vurdere. Det skal være tolket vidt og skal beskrive ulike typer eksponeringer i klinisk praksis (Nortvedt et al. 2012). Vi ønsket å vite hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestring hjemmeboende MS pasienter, og brukte derfor blant annet disse søkeordene «self-care», «home care» og «nurses`attitudes».

C- står for comparison, og skal brukes når man ønsker å sammenligne to typer tiltak (Nortvedt et al. 2012). Dette var derfor ikke aktuelt ved denne litteraturstudien.

O- står for outcome. Det beskriver hvilke utfall eller endepunkt en er i interessert i. Altså hvilken effekt av tiltaket ønsker en å vurdere (Nortvedt et al. 2012). Vi ønsket å vite hva hvilke faktorer kan sykepleier bidra med til økt mestring. Vi brukte derfor blant annet søkeordene «quality of life» og «coping».

Databasene vi brukte var gjennom Helsebiblioteket.no. Vi får da tilgang til viktige kilder til forskningsbasert kunnskap og retningslinjer. Vi søkte på Cinhal Complete, British Nursing Index, Cochrane Library, Medline, SveMed og PubMed.

Vi valgte også å bruke trunkeringstegn, altså ha tegnet \* bak noen av søkeordene. Det vil gjøre at man får med alle treff som inneholder grunnstammen av ordet. Eksempel nurs\*, kan gi artikler med nurse, nurses, nursing og så videre (Nortvedt et al. 2012).

Vi har valgt å samle søkehistorien i en tabell. Dette for å for å få en bedre oversikt.

Søkeord	Avgrensinger	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
«sclerosis», «selfcare» og «nurs*».	«free full text» og «research article».	08.01.16	Cinhal Complite	9 treff	9	5	Heiskanen m.fl. (2011)
«nurses`attitudes», «chronic disease» og «home»	«free full text» og «research article».	08.01.16	Cinhal Complite	17 treff	17	4	Hoofst m.fl. (2015)
«ms multiple sklerose» og «psykologi*»	«free full text» og «research article»	04.02.16	Cinhal Complite	7 treff	7	2	Malcomson m.fl. (2007).
«multiple sclerosis» og «nursing»	«research article», «human», «publishing date, 2011», «language, english».	06.01.16	Chinal Complite	23 treff	23	4	Valgte 2 artikler; Akkus og Akdemir (2011). Guerra (2013).
«In-home care», «partners» og «chronic».	«research article» og «publishing date: 2010»	20.02.16	British Nursing Index	20 treff	8	6	McWilliam m.fl. (2014)
«quality of life», «coping strategies» og «multiple sclerosis».	«research article».	22.02.16	Cinahl Complite	9 treff	7	5	Devy m.fl. (2015).
«Self-management» og «nurse*»	«publishing date, 2015», «research article», og «publication title: Journal of clinical Nursing».	10.03.16	British Nursing Index	20 treff	10	4	Wilkinson m.fl. (2015).

### 3.4 ANALYSE

Vi har valgt å analysere de gjeldende forskningsartiklene våre med den systematiske analysemetoden til Evans (2002). Den inneholder fire faser, som beskrives slik:

1. Innsamling av artikler.
2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie.



3. Bestemme hvordan disse funnene relaterer seg i forhold til funn fra andre studier.
4. Samle felles funn for å utvikle en beskrivelse av temaene.

I den første fasen er det arbeid med innsamling av artikler. Vi bestemte hvilke forskning-artikler vi ville inkludere i analysen, ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriterier som er nevnt tidligere.

I den andre fasen leste vi begge gjennom artiklene grundig hver for oss, før vi sammen diskuterte og vurderte om de svarte til vår problemstilling. I tillegg diskuterte vi om vi hadde fått samme forståelse ut av forskingsartiklene. Vi prøvde deretter å finne fellestrekk i artiklene og delte disse inn i grupper. Vi fant 8 fellestrekk/tema fra artiklene som vi opplevde som relevant for vår problemstilling. Disse fellestrekkene/temaene valgte vi å gi hver sin farge fra markeringstusjer.

Deretter tok vi utgangspunkt i fase 3 og 4. Ut ifra fellestrekkene/temaene vi fant i de ulike artiklene laget vi et nytt dokument. Vi skrev inn i de ulike temaene, og deretter funnene fra de ulike forskningsartiklene. Funnene ble oversatt fra engelsk til norsk. Dette for å få en bedre oversikt og samle funnene. Deretter lagde vi punkter under hvert tema der vi trakk fram funn fra hver enkelt artikkel. Hvert hovedtema tilsvarte alt fra 3-5 ulike artikler (Evans, 2002). De 8 kategoriene vi begynte med ble redusert til 5, da noen av kategoriene vi hadde fra starten ikke lenger var like relevante for problemstillingen. Resultatet fra analysen ble dermed gruppert i disse hovedtemaene:

- Kliniske utfordringer i møte med pasienter med MS.
  - Fysiske utfordringer
  - Psykiske utfordringer
- Sykepleiers samfunnsmessige funksjon
- Partnerskap mellom sykepleier og pasient
  - Betydningen av sykepleiers informasjon og støtte
  - Metoder for kommunikasjon
- Mestringsstrategier

## **4.0 RESULTAT**

Her presenteres resultatene fra de 8 forskningsartiklene vi har valgt å ha med i denne oppgaven. Resultatene kommer frem i de 5 ulike kategoriene som ble nevnt i slutten av metodedelen.

### **4.1 KLINISKE UTFORDRINGER I MØTE MED PASIENTER MED MS**

#### **4.1.1 Fysiske utfordringer**

Hooft, Dwarswaard, Jedeloo, Bal & Staa (2015) sitt kliniske perspektiv er relevant for denne kategorien da sykepleier bruker sitt kliniske blikk ved å regelmessig observere for eksempel fatigue, ADL-funksjon, eliminasjon og ernæring til sin pasienten gjennom samhandling. I sykepleiers kliniske perspektiv er det mer fokus på sykepleierens kompetanse om pasienten, enn om kompetansen til pasienten.

Forskningsartikkelen til Akkus & Akdemir (2012) omhandler en hjemmebesøksmodell for sykepleiere som bygger på NANDAs retningslinjer. NANDA står for organisasjonen The North American Nursing Diagnosis Association, som har fokus på å bedre sykepleiefaget. Studien omtaler effekten av sykepleie i hjemmet, og utfordringene og problemstillingene rundt pasienter med MS. Hjemmebesøksmodellen består av 8 hjemmebesøk der sykepleier evaluerer blant annet pasientens fatigue, fysisk mobilitet, eliminasjon, kommunikasjonsevne, ernæringstilstand og smerter. Sykepleier kartlegger om pasienten har blitt bedre, verre eller holder seg stabil, og deretter blir sykepleier og pasient enige om mål og tiltak knyttet til pasientens problemområder. På denne måten får sykepleieren et helhetlig syn på pasienten. Dette er også noe sykepleier gjøre med de psykiske og sosiale utfordringene. Regelmessige hjemmebesøk med fysiske og psykiske tjenester i hjemmetjenesten er en effektiv måte å forbedre MS-pasienters livskvalitet.

#### **4.1.2 Psykiske utfordringer**

I følge review-artikkelen til Guerra (2013) er problemet at kliniske psykologer har en tendens til å gjøre vurderinger og rapportere informasjon som støtter diagnosen snarere enn å sette i gang tiltak, som for eksempel iverksette samtalegrupper eller gi psykologisk behandling. Mer må gjøres, og sykepleiere har mye å tilby MS-pasienter, for eksempel å

være støttespiller og rådgiver, men det er mangel på empirisk støtte for dette. MS-pasienter har like stort behov for psykisk oppfølging som fysisk oppfølging, men det er vanskeligere å kartlegge den psykiske påvirkningen av MS. Dette fordi pasienten kan slite med kognitiv svikt, som er vanskelig å skille fra andre personlighetstrekk som kan ha endret seg eller blitt forsterket. Ved å skape en relasjon til pasienten, vil sykepleier lettere kunne forstå pasientens psykiske situasjon, og dermed kartlegge denne grundigere. Sykepleier kan også observere og evaluere pasientens traumerisiko, kognitiv svikt, endringer i personlighet, endret kroppsbilde, sosial isolasjon, ensomhet, redusert tilpasningsevne og hvordan familierelasjonen er. Når sykepleier gjennomfører en systematisk kartlegging av pasienten over en lenger periode og hjelper han/hun til å sette mål og tiltak for hvordan en kan mestre enten fysiske eller psykiske utfordringer viser forskning at dette har stor betydning for å kunne gi pasienten den psykososiale støtten som han/hun trenger. Faglig og regelmessige hjemmebesøk, som inkluderer omsorg, opplæring og samtaler ser ut til å være en effektiv måte å forbedre MS-pasienters livskvalitet (Akkus og Akdemir, 2012).

## **4.2 SYKEPLEIERS SAMFUNNMESSIGE FUNKSJON**

Et annet fokusområde som kommer frem i artikkelen til Hooft et al. (2015) er sykepleiers rolle i samfunnet og økonomiske utfordringer. Det vil si at sykepleier skal ha en samfunnsmessig funksjon. Målet er å redusere de helsemessige utgiftene. Sykepleier har en bedre oversikt over dette enn pasienten, så sykepleier må være åpen for å kunne diskutere dette temaet. Sykepleier kan foreslå løsninger eller komme med anbefalinger for de økonomiske problemene som en møter. Dette er med på å stimulerer pasienten til å bli mer selvstendig og ha kontroll over egen situasjon. Da denne artikkelen ikke er fra Norge, er det tydelig at MS påvirker pasienten mer økonomisk i andre land som ikke har samme type helseordning som vi i Norge. For sykepleiere i Norge blir fokuset mer på å spare ressursene til kommunen, da pasienten ikke har like store utgifter som en ville hatt i andre land.

I studien til Heiskanen, Vickrey & Pietila (2011) kom det frem at det er mulig å hindre at MS-pasienter blir innlagt på institusjon i et tidlig stadium, ved hjelp av hjemmesykepleie. Det vil kreve en økning i ressursene til hjemmetjenesten, for eksempel til videreutdanning av sykepleiere, eller til et bedret samarbeid mellom de yrkesgruppene som er en del av behandlingen til MS-pasienter.

## **4.3. PARTNERSKAP MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT**

### **4.3.1. Betydningen av sykepleiers informasjon og støtte**

I studien til Heiskanen, Vickrey & Pietila (2011) kommer det frem at deltakerne har behov for psykososial støtte, involvering i egen behandling, støtte ved oppmuntring og hjelp, diskutere og få råd. Oppmuntring fra sykepleier var også vesentlig, spesielt for å styrke selvspekt og opprettholde håp. Noen av deltakerne følte at helsepersonell manglet ferdigheter til å oppfordre pasientene til å se det positive i livet deres.

Sykepleier støtter pasienten ved å gi helseopplysninger til pasienten slik at pasienten selv kan ta egne valg med tanke på den kroniske lidelsen. Målet er altså at pasienten blir selvstendig. Slik at en som sykepleier ikke hele tiden trenger å være tilgjengelig. Dette er det som blir kalt selvledelse. For at pasienter med kroniske lidelser skal oppleve selvledelse har støtte fra sykepleiere mye å si (Hooft et al. 2015). Dette kommer for øvrig frem i Heiskanen, Vickrey og Pietila (2011) som viser at psykososial støtte fra sykepleier en viktig del.

Akkus og Akdemir (2012) kommer frem til at sykepleier kan informere og eventuelt iverksette støtteprogram for pasienter som bor hjemme. Hvis dette omfatter samarbeidstiltak av et tverrfaglig team, vil dette bedre pasientens livskvalitet. I tillegg til betydningen av kontinuerlig psykososial støtte fra sykepleier.

### **4.3.2 Metoder for kommunikasjon**

McWilliam, Vingilis, Ward-Friffin, Higuchi, Stewart, Mantler og Gao (2014) har gjort en studie om hvordan en kommunikasjonsguide mellom hjemmetjenesten og pasienten kan bedre kommunikasjonen og skape en bedre relasjon mellom partene.

Kommunikasjonsguiden består av åpne og spørrende spørsmål. Som sykepleier bør en tenke at pasienten er ekspert på eget liv og hvordan det er å leve med MS. Samtidig er det viktig at pasienten kan diskutere med helsepersonell. Målet blir å skape et partnerskap, der pasient og sykepleier jobber sammen uten at en av partene har en maktrolle. Sykepleier og pasient bør samarbeide gjennom utvikling av felles mål, men det er også viktig at pasienten får ta et eget valg. Dette kommer også frem i forskningsartikkelen til Hooft et al.

(2015). Kognitiv adferdsterapi levert av sykepleiere viser seg ifølge Guerra (2013) å være en mer effektiv behandling enn støttende lytting alene, men på grunn av mangel på tjenester får ikke pasienten dette.

I artikkelen til McWilliam et al. (2013) omtales en kommunikasjonsguiden der hensikten er å være et rammeverk for hvordan en skal iverksette prosessen om å danne og styrke et partnerskap. Guiden har fokus på at helsepersonell skal kommunisere på en spørrende måte der pasienten føler seg inkludert i sin behandling og setter i gang en tankeprosess hos pasienten. I stedet for en fortellende måte å kommunisere på, skal helsepersonellet være åpen for hvordan de kan være til hjelp for pasienten slik at pasienten får den omsorgen og hjelpen hun/han har behov for. Pasienten skal føle at de er en del av et partnerskap, et samarbeid, at han/hun får delta i beslutningsprosesser og at de er en ressurs for seg selv i sin hverdag. Målet er altså å skape et partnerskap, der helsepersonell og pasient jobber sammen uten at en av partnerne har en maktrolle.

Ved bruk av denne kommunikasjonsguiden hadde intervensjonsgruppen en høyere score på helsefremmende samarbeid mellom klient og helsetjenesten. Evaluering av denne formen for samarbeid viste at pasienten opplever et bedre og varig samarbeid. I denne studien kommer det frem hvor viktig det er med god kommunikasjon for å skape et tillitsfullt og godt partnerskap mellom pasient og hjemmetjenesten (Akkus og Akdemir, 2012)

#### **4.4 MESTRINGSSTRATEGIER**

I studien til Heiskanen, Vickrey og Pietila (2011) kommer det frem at livskvaliteten var lavere hos pasienter som var arbeidsledige. I tillegg var bruk av inkontinensutstyr, nedsatt mobilitet og smerte årsaker til redusert livskvalitet. Dette gjaldt også når pasienten hadde behov for hjelp til ADL. Akkus og Akdemir (2012) har kommet frem til at regelmessige hjemmebesøk av sykepleier som inkluderer omsorg, opplæring og konsulenttjenester ser ut til å være en effektiv måte å forbedre MS-pasienters livskvalitet. En slik tjeneste gir pasienten støtte på de områdene som han/hun måtte trenge, for eksempel hjelp til ADL, samtalepartner, forståelse eller opplæring.

I forskningsartikkelen til Devy, Lehert, Varlan, Genty & Edan (2015) kommer det frem en

positiv mestringsstrategi som definitivt kan bedre livskvaliteten. Denne mestringsstrategien går ut på at en bruker en egen skala for kartlegging av livskvalitet til pasienten. Skalaen Devy et al. (2015) brukte var daglige aktiviteter, autonomi, sosial funksjon, smerte, livsglede, humør og angst. Livskvalitet og mestring er varierende faktorer for MS-pasienter. Det er derfor viktig at de får regelmessig vurdering i tillegg til kartlegging. Dette for at pasienten skal få tilstrekkelig sykepleie til enhver tid.

## 5.0 REFLEKSJON

### 5.1 DRØFTING AV METODEN

Metodekapittelet i oppgaven vår er basert på strukturen fra Evans (2002), Nortvedt et al (2012) og Forsberg og Wengstrom (2013). Ved å bruke ulike kilder føler vi at vi har fått en bedre forståelse av hva et systematisk litteratursøk er og hvordan en skal gjennomføre dette. Vi jobbet i fellesskap fra starten av, noe vi ser på som svært positivt, da vi alltid har hatt en partner å diskutere med og rådføre oss med.

Vi har hatt mange «åpne» søkeord, noe vi ser på som bra for vår problemstilling da det gir rom for andre synspunkter og meninger enn det vi kanskje har tenkt oss på forhånd. Men dette kan også føre til at fokuseringen bli for stor og fører til mindre konkrete funn. Etter veiledning fikk vi tips om mer konkrete søkeord, som førte til mer relevant stoff. I starten synes vi det var vanskelig å finne artikler som hadde sykepleieperspektiv med relevant tema. Vi valgte derfor å prøve ut PICO- skjema. Dette er noe vi er veldig fornøyd med og tenker vi burde ha benyttet oss av tidligere i arbeidsprosessen (Forsberg og Wengstrom, 2013). Vi leste gjennom forskningsartiklene flere ganger, og med tanke på at vi er to som skriver oppgaven, gir det flere synspunkter på om forskningen faktisk var relevant, vi tenker at det er en fordel. De forskningsartiklene vi var usikre på valgte vi å sende til veileder for hennes vurdering.

Artiklene våre ble kun funnet i 2 databaser, Cinhal Complete og British Nursing Index. Vi har også gjort mange andre søk i andre databaser, men fant ingen relevante artikler for vår oppgave.

Vi valgte å ta et siste søk 10.03.16 for å forsikre oss om at vi har den nyeste forskningen innenfor vår problemstilling. I vårt tilfelle fant vi en relevant artikkel, som vi valgte å bruke som vår siste valgte forskningsartikkel. Dette er noe vi ser på som positivt at vi gjorde. Det på grunn av vi forsikret oss at vi kun benyttet oss av ny og oppdatert forskning.

Når det gjelder forskningsartikler så er det lite forskning på temaet i Norge, og det kan være en svakhet. Forskningsartiklene vi har brukt er fra Finland, Nord- Irland, England,

Canada, Tyrkia, Italia og Nederland og New Zealand. Canada er et stykke unna Norge, men de har en ganske lik levesett. Dette gjelder også Tyrkia, New Zealand og Italia. Resten av artiklene er fra Nord-Europa og har ganske lik kultur og levesett som oss. Det som er spesielt for Norge er den økonomiske løsningen på helsehjelp som man ikke finner i andre land. Dette har vi derfor tatt i betraktning når vi har skrevet resultat og diskusjonsdel. Alle artiklene våre er mellom 2008-2015, og vi ser på dette som positivt da forskningsresultatene er svært relevant for nåtidens praksis.

Gjennom hele søkeprosessen og analysen har vi hatt fokus på sykepleiers rolle. Noen av forskningsartiklene våre får frem pasientenes meninger om hva de har behov for og hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe de. Vi tenker at dette styrker oppgaven vår. Resultatet får da frem sykepleierens funksjon som kan bidra til økt mestring, i tillegg til artikler som omhandler pasienterfaringer som bekrefter at dette er relevant.

## **5.2 RESULTATDISKUSJON**

Her skal vi skal svare på problemstillingen vår ”Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til økt mestring hos pasienter med multiple sklerose som har en funksjonssvikt?” ved å knytte teori til forskningsfunnene som har kommet frem i vårt litteraturstudie.

### **5.2.1 Hvordan sykepleier kan bidra til et godt partnerskap?**

God kommunikasjon er viktig for å skape et tillitsfullt og godt partnerskap mellom pasient og sykepleier. I kommunikasjon er det vanskelig å ha en fast oppskrift på hvordan sykepleier skal samtale med pasienten, men systematikk og retningslinjer kan være til god hjelp for å kunne gi hensiktsmessig kommunikasjon, det er derfor viktig at sykepleier har fokus på dette (Eide og Eide, 2007). Et slikt samarbeid og partnerskap kommer også frem i forskningsartikkelen til McWilliams et.al (2013), der hensikten er å fokusere på hvordan en skal danne og styrke et partnerskap gjennom bruk av en kommunikasjonsguide. Guiden har fokus på hvordan sykepleier skal kommunisere på en spørrende måte der pasienten føler seg inkludert i sin behandling. En slik guide tenker vi er nyttig for sykepleiere i hjemmetjenesten. Sykepleier kommuniserer da på en fortellende måte. Sykepleier skal være åpen for hvordan de kan være til hjelp for pasienten slik at pasienten får den omsorgen og hjelpen hun/han har behov for. Målet med en slik form for kommunikasjon er at pasienten skal føle seg som en del av et partnerskap, et samarbeid, at han/hun får delta i



beslutningsprosesser og at de ser at de er en ressurs for seg selv i sin hverdag. Det viser seg at denne formen for samarbeid gjør at pasienten opplever et bedre og varig samarbeid.

For at pasienten skal føle at han/hun er involvert i sin behandling, er det viktig at sykepleier fokuserer på kommunikasjon allerede ved første møte for å skape et tillitsfullt og godt partnerskap mellom seg og pasient. Vi tenker at det er viktig ved det første møtet/besøket at pasienten får bli kjent med sykepleieren, dette kan være med på å starte en tankeprosess hos pasient om vei videre. Og heller ved det andre eller tredje besøket kan sykepleier begynner å ta opp hvordan hjemmetjenesten kan hjelpe pasienten. I følge morgendagens omsorg (2012-2013) kommer det frem at det er viktig at pasienter med kroniske lidelser bør ha en aktiv rolle i sin egen behandling. Dette kommer også frem i studien til Heiskanen et.al. (2011). Dette presiserer hvor viktig det er at pasienten og sykepleieren sammen gradvis kan løse og lage nye måter å mestre hverdagen på. I løpet av sykdomsutviklingen kan pasienten ha møtt utfordringer og fått en følelse av å miste kontrollen over sitt eget liv. Om sykepleier og pasient har et partnerskap, kan pasienten oppleve medbestemmelse, økt selvrespekt og kontroll.

Å skape et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient vil kunne føre til at pasienten føler støtte av sykepleier til å mestre sin situasjon på en bedre måte. Dette fordi pasienten føler at noen er der som støttespiller og ser han/henne, og forstår bakgrunnen for at pasientens liv har endret seg (Guerra, 2013).

Et slikt samarbeid og partnerskap tenker vi vil gi pasienten den tryggheten og selvtiliten som trengs for å kunne utvikle seg og tørre å utfordre seg selv, og dermed kjenne mestring uti fra egne opplevelser og ferdigheter. Aktiv og god mestring hjelper en til å tilpasse seg til den nye virkeligheten og sette seg i stand til å se forskjellen på det en må leve med og det en selv kan være med på å endre (Vifladt og Hopen, 2004).

### **5.2.2 Kartlegging av pasientens behov**

I en endret livssituasjon vil pasienten trenge ny kunnskap, utvikle nye ferdigheter og kanskje legge om livsstilen. Noen kan trenge informasjon, rådgivning, veiledning eller terapi, mens de fleste trenger litt av alt. Sykepleier skal ofte fylle mange roller, som coach, rådgiver, lærer og støttespiller (Eide og Eide, 2007). Vi tenker at det er viktig at sykepleier

ser pasientens sterke og svake sider, og skaffe informasjon fra pasienter om hva hun/han har behov for. For å kunne få til dette er tilrettelegging og forklaring vesentlig, slik at pasienten forstår hva som må gjøres (Antonovsky, 2012). Den som opplever at livet blir bedre ved at en utvikler seg i positiv retning, vil sannsynligvis erfare en høyere grad av livskvalitet enn den som opplever at livet utvikler seg i negativ retning. Sistnevnte er ofte det som skjer når pasientens situasjon stadig forverres, uten at det blir satt i gang tiltak for å bedre situasjonen. Her kommer viktigheten av tidlig samarbeid mellom sykepleier og pasient inn, for å forebygge hjelpeløshet og psykiske plager. Andre kan ikke bestemme hva som gir den enkelte livskvalitet, det er individuelt (Næss, 2001). Vi tenker at sykepleier her kan for eksempel gi pasienten en individuell kartlegging og dermed gi en forståelse av situasjon. En god kartlegging vil skape en god oversikt for både sykepleier og pasient, og være til hjelp for videre behandling.

Vi tenker at sykepleier bør se de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene til pasienten, i tillegg til levevilkår og hjemmesituasjon. Dette for å kunne gi en individuell og helhetlig behandling. Guerra (2013) nevner at det er viktig å ha like mye fokus på det fysiske og det psykiske, for å få en god kartlegging av pasienten. Dette fordi det henger sammen i veldig mange situasjoner. Dette kommer også frem i studiene til Hoof et.al. (2015) og Akkus og Akdemir (2012) hvor sykepleiers oppgave blir å jobbe på ulike måter for å gi pasienten en helhetlig omsorg og pleie. Sykepleiers oppgave blir å kartlegge pasientens problemområder, for eksempel traumerisiko, kognitiv svikt, endring i personlighet, endret kroppsbilde, sosial isolasjon, ensomhet, redusert tilpasningsevne og hvordan familierelasjonen er, og iverksette tiltak ut ifra hva som er pasientens individuelle behov. Spørsmålet ”Hva som er viktig for deg?” et enkelt hjelpemiddel for sykepleier å bruke her for å finne tiltak som pasienten kan være fortrolig med. Dette spørsmålet kommer frem i artikkelen til Cappabianca et.al. (2009), som påpeker hvor viktig det er med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleier får en bedre forståelse av hva som er viktig for hver enkelt pasient. Dette kan bidra til at sykepleier møter deres behov og relasjonen mellom sykepleier og pasient blir forsterket. Deretter blir sykepleier og pasient enige om mål og tiltak ut ifra pasientens problemområder (Akkus og Akdemir, 2012. Bertelsen, 2011 og Espeset et.al. 2010).

Ut i fra det som kommer frem i forskningen tenker vi at kartlegging av pasienten over en lenger periode, i tillegg til at en hjelper pasienten til å sette egne mål og tiltak kan bidra til

at pasienten mestrer psykiske og fysiske utfordringer lettere. For at dette skal fungere, er et godt samarbeid og psykososial støtte fra sykepleier viktig, dette ved at sykepleier jevnlig er på hjemmebesøk hos pasienten, følger opp og viser interesse i pasientens utvikling. Vi tenker at sykepleiers engasjement kan være smittende, og kan påvirke pasienten i en positiv retning. Akkus og Akdemir (2012) kom frem til at faglige og regelmessige hjemmebesøk, som inkluderer omsorg, opplæring og samtaler ser ut til å være en effektiv måte å fremme mestring hos MS-pasienter.

I morgendagens omsorg (St. Melding nr 29, 2012-2013) kommer det frem at alle pasienter med langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan. Et eksempel på dette er en plan som viser mål, ressurser og behov til den enkelte pasient, der de ulike distansene er med i planleggingen. Dette kan være NAV, hjemmetjenesten, fysioterapeut, ergoterapeut og pårørende i tillegg til pasienten selv. Dette vil styrke samhandling mellom hjemmetjenesten og pasienten. Et annet eksempel på hvordan sykepleier kan synliggjøre og fremme pasienter med MS er gjennom en Nevroplan som blir omtalt i morgendagens omsorg (St. Melding nr 29, 2012-2013). Denne planen har 3 hovedsatsningsområder, informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet gjennom aktivitet og treningstilbud, og flerfaglig utviklingsarbeid. I et slikt arbeid blir sykepleier koordinator, som sørger for at helheten blir best mulig tilpasset pasientens grunnleggende behov.

Sykepleierens posisjon i helsevesenet og i en slik fase kommer tydelig frem, både med tanke på den koordinerende rollen, men også ansvaret i forhold til å fremme helse og gi kontinuerlig omsorg (Wilkinson et.al. 2015). I kartleggingsfasen skal sykepleier ikke bare finne de løsningene som er best for pasienten, men også hva som er mest lønnsomt. Sykepleier har en bedre oversikt over dette enn pasienten, og derfor er det naturlig at sykepleier har fokus på den økonomiske siden av pasientens situasjon og behandling. Sykepleier kan foreslå løsninger eller komme med tiltak for å redusere helserelaterte utgifter (Hooft et.al. 2015). Grunnen til at sykepleier må fokusere på dette med tanke på MS-pasienter er fordi MS en kronisk inflammatorisk sykdom uten en kurativ behandling, altså at pasienten må leve med sykdommen resten av livet og vil dermed være avhengig av varierende grad av helsehjelp resten av livet. Forskningsartiklene våre er fra andre land enn Norge, der pasientene har et større økonomisk ansvar. I Norge slipper pasienten å ha denne bekymringen på grunn av vår helseordning. Dette betyr ikke at vi har uendelige med

ressurser, så dermed er det viktig at sykepleier har fokus på spare de kommunale utgiftene der det er mulig (St. Melding nr 29, 2012-2013).

### **5.2.3 Oppfølging av pasienten**

Når mål og tiltak har kommet på plass tenker vi at neste steg vil være å sørge for at pasienten får et positivt utbytte av den behandlingen han/hun får. I artikkelen til Devy et.al. (2015) bruker de et verktøy som viser seg å kunne bedre livskvaliteten og brukes som ett kartleggingsverktøy videre i prosessen. Dette går ut på at en utvikler en egen skala som skal kartlegge pasientens utvikling rundt de ulike målene som tidligere har blitt satt. Ut i fra dette kan sykepleier gjennom kartlegging hele tiden ha en oversikt over pasientens situasjon og utvikling, og pasienten får hele tiden regelmessig vurdering. Dette er viktig da livskvalitet og mestring er varierende faktorer for MS-pasienter, som stadig endres.

Gjennom kartlegging og individuell pleie kan sykepleie for eksempel observere at pasienten har behov for rehabilitering. Regjeringen har et satsingsområde som fokuserer på opptrening i hjemme, kalt hverdagsrehabilitering. Fokuset ligger på aktivisering og mestring med personlige mål. Hverdagsrehabiliteringen er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenesten bidrar til økt livskvalitet og vil bedre funksjonsnivået til pasientene (St. Melding nr 29, 2012-2013). Som studenter i hjemmetjenesten fikk vi begge delta på hverdagsrehabilitering med pasienter med MS, der sykepleier arbeidet sammen med, og ikke for den enkelte pasienten. Sykepleier hjalp pasienten gjennom ulike opptreningsøvelser i hjemmet, og over tid klarte pasient å gjøre flere hverdagslige gjøremål på egenhånd. Her samarbeider sykepleieren med pasienten, og de kartlegger pasientens egne ressurser, ønsker og personlige mål for å avdekke hvilke muligheter pasienten selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. For å kunne gjennomføre dette er sykepleier avhengig av å være en del av et tverrfaglig team, bestående av for eksempel fysioterapeut og ergoterapeut. De lager et opplegg med øvelser og hjelpemidler som er tilrettelagt for pasientens ønsker og behov.

Hjemmetjenesten skal ikke bare ha en hjelpende innstilling, men skal støtter pasienten i opptreningsprosessen, og motiverer pasienten til å nå sine mål. Sykepleier rapporterer da videre til det tverrfaglige teamet, slik at rehabiliteringen blir individuelt tilpasset (Birkeland, 2014).

#### 5.2.4 Veien videre - Selvledelse

For at pasienten skal kunne utvikle personlige ferdigheter må sykepleier ifølge Mittelmark et.al. (2014) fokusere på å støtte personlig og sosial utvikling gjennom å sørge for informasjon, helseopplysninger og fremme livsferdigheter hos pasienten. Sykepleier skal gi helseopplysninger til pasientens slik at han/hun kan ta egne valg med tanke på behandling av sin MS-diagnose. I tillegg må sykepleier bruke sin rolle som støttespiller og coach, da pasienten kan slite med å forstå hvordan situasjonen skal løses og at det dermed blir vanskelig for han/hun å motivere seg til å bedre situasjonen. Å være en coach vil si å veilede, motivere, styre samtaler, lytte aktivt, gi individuelle råd og oppmuntring i samhandling med pasienten (Skagen, 2011).

Et begrep som ofte kom igjen når vi leste forskning og pensum om mestring og livskvalitet var selvledelse. Dette er et ganske nytt begrep, som vi ønsker å fokusere på når vi skal finne svar på problemstillingen vår. Selvledelse er et voksende begrep innenfor helse. Dette er en ledelsesfilosofi med fokus på løsninger som kan skape større muligheter for selvregulering, selvutvikling og selvstendighet for pasienten. Med dette begrepet har en fokus på samarbeid mellom sykepleiere og pasient, hvor sykepleier er koordinator og støttespiller (Martinsen, 2003). Ut ifra vår problemstilling har pasientene som vi har fokusert på en lettere funksjonssvikt. Dette gjør at selvledelse er en mulig vei videre for pasienten, da opptrening og mestringsstrategier kan gjøre at pasienten kan gjøre mer og mer på egenhånd. Hadde pasienten hatt en større funksjonssvikt, ville selvledelse vært vanskeligere å oppnå.

For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å oppnå selvledelse og deretter mestring, er det viktig at pasienten har innsikt i sin egen mestringsevne. Dette er noe som kommer frem i Den salutogene modellen til Antonovsky. I følge Antonovsky (2012) vil pasienten oppnå mestring hvis han føler en "opplevelse av sammenheng". Dette begrepet bygger på forståelighet og forutsigbarhet, da pasienten kan oppfatte sin situasjon som kaotisk og vanskelig å takle eller forstå (Antonovsky, 2012). Vi tenker hvordan sykepleier informerer og veileder er avgjørende for hvordan pasienten opplever sin sykdom i hverdagen, og at forståelse og kunnskap vi føre til at pasienten kan få økt motivasjon til å prøve å endre situasjonen til noe bedre.

I sykepleieteorien til Benner og Wrubels som bygger på Heideggers fenomenologiske verdensforståelse, kommer det frem at det er viktig å gå inn i enhver situasjon med et førsteblikk, og dermed ser den enkelte med nye øyne. Som vi erfarte i hjemmesykepleien skaper sykepleier nær relasjon til pasientene som ofte varer over lengre tid. Faren er at sykepleier skaper seg et inntrykk av pasienten, og ikke ser endringer i pasientens liv. Hvis sykepleier bruker denne sykepleieteorien aktivt vil pasienten alltid bli møtt av et omsorgsfullt medmenneske som bryr seg, og er villig til å yte hjelp til pasienten i hans/hennes nåværende situasjon. Vi tenker at pasienten vil få den mest riktige og innholdsrike pleien da sykepleier fokuserer på hva pasienten mestrer og har behov for akkurat nå (Benner og Wrubel, 2003). For at sykepleier skal kunne bidra til økt mestring er en avhengig av å forstå pasientens situasjon, og fokusere på veien fremover og oppover, som igjen kan føre til økt selvstendighet for pasienten. Når utsiktene av livssituasjonen er forbedret og tilpasningsdyktigheten er bedret vil dette også bidra til økt livskvalitet (Vifledt og Hopen, 2004).

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over sitt eget liv (Vifladt og Hopen, 2004). I følge Benner og Wrubler blir sykepleierens rolle å være aktivt til stede og få en dyp forståelse for hvordan pasienten opplever situasjonen. Og videre støtte pasienten til å skape mening i situasjonen (Benner og Wrubel, 2003). Vi erfarte at det var mangel på dette i vår hjemmetjenestep praksis, der det var mer fokus på effektivitet og sparing av tid.

Vi tenker at selvledelse kan bidra til en følelse av kontroll over sin situasjon, og at en mestrer ens utførelser, og dermed bedres livskvaliteten. Dette kommer også frem i studien til Hooft et.al. (2015). Et slikt type samarbeid bør være fokus tidlig i behandlingsforløpet. For eksempel om en pasient opplever selvledelse, kan hjemmetjenesten gradvis trekke seg tilbake etter pasientens ønske, og pasienten kan fortsette behandlingen på sine egne premisser.

I den kvalitative studien til Wilkinson et.al. (2015) vektlegges sykepleierens holdninger, synspunkter og oppfatninger om deres rolle i praksis med selvledelse hos pasienter med kronisk lidelse. Her beskrev sykepleierne seg selv som en viktig medspiller i arbeidet med den enkelte pasient for å fremme selvledelse. Dette er også noe vi ser på som avgjørende. Vi ser for oss at sykepleier og pasient kan gjennomføre ting sammen i starten, og deretter informere før pasienten til slutt klarer å gjøre det selv. Vi tenker at selvledelse i en

sykepleiesammenheng vil være pasientens evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykiske konsekvenser, og atferdsmessige og følelsesmessige reaksjoner, altså hvordan en kan mestre hverdagen. Dette bekrefter også studien til Hooft et.al. (2015). Målet blir altså at pasienten skal klare å bruke egen kunnskap til å sette egne mål for funksjonsnivå og helse. Forutsetningene for at pasienten skal kunne oppnå dette er at en har nok kunnskap om de viktigste årsakene til egen sykdom og funksjonssvikt, og vet når det er riktig å be om råd eller oppsøke profesjonell hjelp (Morgendagens omsorg. 2012-2013). Tilpasset informasjon og veiledning er derfor svært viktig. Gradvis i prosessen vil pasienten få mer kontroll og myndighet i egen behandling, mens sykepleier får mer en coaching-rolle hvor man tilrettelegger, veileder og inspirerer (Martinsen, 2003 og Morgendagens omsorg. 2012-2013). I studien til Wilkinson et.al. (2015) kommer det frem at sykepleierne opplevde det som utfordrende å opprettholde prinsippene om best praksis og i tillegg støtte selvledelse, spesielt når pasienten gjorde valg som ikke fremmet god helse. Dette er noe vi kan forstå, da pasienter er ulike og har forskjellige behov, som nødvendigvis ikke alltid samsvarer med det som er fokus i sykepleien. Likevel er målet med selvledelse at pasienten skal ta egne valg, og at pasienten må få muligheten til å ta valg som føles rett for han/hun.

For at alle delene vi har nevnt i diskusjonen skal fungere i praksis, føler vi det er viktig at en som sykepleieren tar ansvar for at sykepleien en utøver skal fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleier bør fokusere på at pasienten skal ha mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, og fremmer dette ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikrer seg om at informasjonen er forstått. Sykepleieren må respektere pasientens rett til å selv bestemme over eget liv. Det er viktig at sykepleier er klar over at pasienter er forskjellige og har individuelle ønsker og behov (Norges sykepleierforbund, 2011).

## 6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til økt mestring hos MS-pasienter. Vi tok utgangspunkt i Benner og Wrublers tankegang der sykepleier skal se pasienten med nye og friske øyne i enhver situasjon. For å kunne få til dette har vi kommet frem til ulike ledd som danner en samarbeidsprosess mellom sykepleier og pasient. Dette vil kunne være et hjelpemiddel for å kunne gi pasienten individuell og målrettet sykepleie. Kommunikasjon er grunnleggende for å kunne danne et godt forhold mellom seg og pasient. Vi har funnet en kommunikasjonsguide som fokuserer på åpne og spørrende spørsmål. Den hjelper sykepleier til å føre en målrettet samtale, og den kan sette i gang en tankeprosess hos pasient og sykepleier for tiden fremover. Neste ledd er nå å kartlegge pasientens situasjon, dette innebærer fysiske, psykiske og sosiale behov som pasienten måtte ha. I samarbeid med pasient setter sykepleier opp et felles mål å jobbe mot. Her er det viktig at sykepleier realitets-orienterer pasienten og hjelpe han/henne til å se sine egne ressurser. Gjennom dette vil pasienten føle at han/hun er en del av et partnerskap, som jobber sammen mot et felles mål.

Det neste steget vil være at sykepleier tilrettelegger og finner tiltak som gjør at pasient vil nå sine mål. Hvis pasienten mål innebærer fysisk utvikling, kan hverdagsrehabilitering være et tiltak som sykepleier kan iverksette. For at pasienten skal kunne nå sine mål, er støtte og oppmerksomhet fra sykepleier vesentlig, for å holde på motivasjonen, og vise at pasient og sykepleier er sammen om dette. Partnerskap er fortsatt en viktig del av prosessen, og selv om kartlegging- og planleggingsfasen er over, bør sykepleie følge opp og vise interesse for å holde pasientens motivasjon oppe. Pasienten kan møte på utfordringer og vanskelige perioder, og sykepleier må derfor hjelpe pasienten til å få økt innsikt i sin egen evne til å mestringsevne gjennom å øke bevisstheten rundt eget potensiale og hvilke ressurser han har. Dette vil videre øke evnen til å bruke dem ved passende utfordringer. Gjennom gradvis forbedring og å oppnå målene, vil pasienten kjenne på mestring.

Gjennom forskning har vi funnet selvledelse som et godt hjelpemiddel for veien videre, der sykepleier trekker seg gradvis tilbake, og hvor pasienten blir mer selvstendig og tar



kontroll over egen situasjon. Selvledelse er et samarbeid, der pasienten bestemmer over egen hverdag og tar avgjørelser som han føler er rett for seg og sin situasjon. Sykepleier får rollen som en støttespiller og veileder, som kan kontaktes ved behov. Dette gjør at pasienten opplever at han mestrer situasjonen, men at han/hun ikke er alene og vet at sykepleier er tilgjengelig hvis noe skulle skje eller sykdommen forverres.

Kronisk sykdom fører som regel med seg tap av noe, enten fysisk eller psykisk. I tillegg kan det også gi en følelse av å være unormal og ikke å kunne gjøre ting som en tidligere var normalt. Gjennom selvledelse og opplevelse av mestring, kan pasienten igjen ta kontroll over livet og få tilbake deler funksjonsevne som hun/han har mistet, enten om det er muligheten til å forflytte seg på egenhånd eller å tenke mer positivt på livet. Aktiv og god mestring hjelper en til å tilpasse seg til det nye virkeligheten og sette seg i stand til å se forskjellen på det en må leve med og det en selv kan være med på å endre. Når utsiktene av livssituasjonen er forbedret og tilpasningsdyktigheten er bedret vil dette også bidra til økt livskvalitet.

## 7.0 KILDER

- Akkus, Y & Akdemir, N (2011). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, s. 295–303.
- Antonovsky, A (2012) *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P. og Wrubel, J. (2003). *Omsorgenes betydning i sygepleje*. København: Special-Trykkeriet Viborg AS.
- Bertelsen, AK. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 313-336.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. 102(3), s.44-47.
- Cappabianca, A., Julliard, K., Raso, R. og Ruggiero, J. (2009). *Strengthening the Nurse-Patient Relationship: «What is the most important thing i can do for you today?»*. Creative Nursing. Volume 15, 3, s. 151-156.
- Devy, R, Lehert, P, Varlan, E, Genty M & Edan G (2015) *Improving the quality of life of multiple sclerosis patients through coping strategies in routine medical practice*. *Neurol Sci*, 36, s. 85–90.
- Espeset, K., Mastad, V., Johansen, ER. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 227-260.
- Evans, D (2002): *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data*, Australian Journal of Advanced Nursing, Vol 20 (2), s.22-26.
- Eide, H & Eide, T (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, AK (2012). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013): *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3. utgave, Stockholm: Natur og Kultur.

Guerra, S.S. (2013). *Management of psychosocial adjustment among people with multiple sclerosis: a critical analysis*. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 9 (2).

Hooft, S.M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R. og Staa, A. L. (2015). *Four perspectives on self- management support by nurses for people with chronic conditions: A Q-methodological study*, *International Journal of Nursing Studies*. 52, s. 157-166.

Håkonsen, KM. (1999). *Mestring og relasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Lerdal, A. (2013). Å leve med nevrologiske lidelser. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B. (Red). *Å leve med kronisk sykdom, en langvarig kursendring*. Cappelen akademisk. S. 300-312.

Helse og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. (Hentet: 10.03.16).

Malcomson, KS, Lowe-Strong, AS & Dunwoody, L. (2007) *What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with Multiple Sclerosis?* *Disability and Rehabilitation* 30(9). S.662-674.

McWilliam, C. L.; Vingilis, E.; Ward-Griffin, C.; Higuchi, K.; Stewart, M.; Mantler, T.; Gao, R. (2014). *An evaluation of the effectiveness of engaging Canadian clients as partners in in-home care*. *Health & Social Care in the Community*. 22(2). s. 210-224.

- MS- forbundet* (2014). Tilgjengelig fra: <http://www.ms.no/fakta-om-ms/behandling/hva-kan-jeg-gjoere> (Hentet: 01.03.16)
- Mittelmark, MB., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A og Tones, K. (2014). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I: Gammervik, Å og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Førde, O. (2015). *Rehab-Info*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Avdelinger/ms/Documents/Rehabinfo%20nr%201%202015%20MS.pdf>. (Hentet: 22. 02. 16)
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. og Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., og Reinart, L. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, MW, Lode, K, Klingsheim, B & Haugstad, R. (2000). *Livskvalitet og multiple sklerose*. Sykepleien nr.20 (59-61)
- Næss, S (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA-rapport nr. 3.
- Olsen, LA & Rygg, LØ (2004). *Praktisk legemiddelhåndtering*. Oslo: J.W. Cappelen's Forlag as.
- Skagen, K. (2011). *Coaching*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Coaching> (Hentet: 13.05.2016)
- St. meld. Nr 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Online) Lastet ned 29.02.2016, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- St. meld. Nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelighet:

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-  
/id567201/?ch=1&q=](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1&q=) (Hentet: 24.02. 2016).

Vifladt,, EG. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Wilkinson, M, Whitehead, L & Crowe, M. (2015) *Nurses perspectives on long-term condition self-management: a qualitative study*. *Journal of clinical nursing*.25, s. 240–246.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet:09. mars 2016).

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans for praksis</b>
<p>McWilliam, C. L.; Vingilis, E.; Ward-Griffin, C.; Higuchi, K.; Stewart, M.; Mantler, T.; Gao, R. (2014). An evaluation of the effectiveness of engaging Canadian clients as partners in in-home care. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i> (2014; 22(2): 210-224. (15p)</p>	<p>Undersøke hvilken effekt en konkret kommunikasjonsguide kan ha mellom hjemmetjenesten og eldre pasienter med kronisk sykdom med tanke på kvaliteten på behandling og pleie, og om den kan bedre kommunikasjonen og skape en bedre relasjon mellom hjemmetjenesten og pasienten.</p> <p>Hensikten med kommunikasjonsguiden som blir bruk er å være et rammeverk for hvordan en skal iverksett prosessen om å danne og styrke et partnerskap.</p>	<p>Godkjent av Etisk komite på Western University og University of Ottawa.</p> <p><b>Utvalg:</b> 791 deltakere. Eldre med kroniske tilstander utgjorde 69,1% og voksne med nedsatt funksjonsevne utgjorde 30,1%. Deltakerne var i gjennomsnitt 72,5 år</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Den samme kommunikasjonsguiden ble delt ut til alle klientene som deltok. Først ble det gjennomført en pre-test og deretter en post-test etter 1 år og 2 år. Pre- og posttesten var et strukturert spørreskjema som skulle få frem i hvilken grad klient og hjemmetjenesten arbeidet sammen som partnere før og etter innføringen av kommunikasjonsguiden. Deltakerne ble intervjuet i hjemmet.</p>	<p>Det ble funnet store forskjeller mellom intervensjonsgruppen og den andre gruppen som ikke brukte guiden. Den viktigste effektene var den stor interaksjonseffekt som guiden hadde bidratt til, noe som tyder på at varigheten og intervensjonen hadde gjort en forskjell. Med intervensjonen rapporterte kunden en opplevelse av bedre samarbeid mellom partene.</p> <p>Det kom også frem at intervensjonsgruppen hadde en høyere gjennomsnittlig partnerskaps erfaring både etter 1 år og etter 2 år.</p> <p>Ved bruk av denne kommunikasjonsguiden hadde intervensjonsgruppen en høyere score på helsefremmende samarbeid mellom klient og</p>	<p>Som sykepleier i hjemmetjenesten skal en jobbe for å oppnå god pleie og hjelpe pasienten til å ha et godt liv til tross for sykdom. I oppgaven vår har vi fokus på pasienter med MS som er en kronisk sykdom. Denne studien belyser hvor viktig god kommunikasjon kan være for å skape et tillitsfullt og godt partnerskap mellom pasient og hjemmetjenesten for å oppnå helsefremmende samarbeid ved bruk av en konkret kommunikasjonsguide.</p>

		<p>Studien ble gjennomført i hjemmesykepleien i ulike områder. De hadde tilsvarende organisasjonsstruktur, mandat, størrelse, driftsbudsjettet, service og pasientgrupper, inkludert pasienter som krever stor grad omsorg.</p> <p><b>Dataanalyse:</b>  Dataanalyser ble gjennomført ved hjelp av SAS, versjon 9.1 (Cary, NC, USA). ANCOVA ble brukt til å vurdere om det var en forskjell mellom intervensjons- og sammenlignende organisasjoner med viktige utfallsvariabler. Foreløpige ANCOVAs ble gjennomført for å oppdage eventuelle avvik. Studiens hypoteser ble testet ved hjelp ANCOVAs, der kovariantene av alder, utdanning og antall kroniske risikofaktorer ble styrt. Intervensjonens fokus var å være bestemt på å være effektive, en endring som skilte mellom intervensjon og sammenlignede</p>	<p>helsetjenesten. Evaluering av denne formen for samarbeid viste at nesten halvparten av klienter rapportert deltakelse i prosessen.</p> <p>Det kommer også frem at kurs eller utdanning innenfor pedagogikk kan være veien videre for et bedre samarbeid.</p> <p>Denne kvalitative undersøkelsen viste at fokuset var på hvem som skulle gjøre hva, når og hvor for å oppnå samarbeid med kunder, med lite oppmerksomhet til hvordan du kan engasjere kunder som partnere i det som blir bestemt angående pasientens helse.</p>	<p>Det kan være et godt hjelpemiddel for sykepleier i kommunikasjon med en pasient med kronisk sykdom. Dette for å få en strukturert og målrettet samtale.</p>
--	--	--	---	--

		<p>organisasjoner var forventet. Dermed vil en betydelig samhandling effekt (<math>P = 0,05</math>) indikerer at intervensjonen hadde en innvirkning på utfallet over tid.</p> <p>Prinsippene i intervensjonen omhandlet relasjonshelsefremmende sykepleie, kunnskapsbasert filosofi og empowering partnerskap som praksis strategi.</p>		
--	--	--	--	--



<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans for praksis</b>
Devy, R, Lehert, P, Varlan, E, Genty M & Edan G (2015) Improving the quality of life of multiple sclerosis patients through coping strategies in routine medical practice. <i>Neurol Sci</i> (36:85–90).	<p>Mestring er den kognitive og atferdsmessige innsatsen til en pasient for å justere til sykdom, og det kan påvirke livskvalitet.</p> <p>Spørsmålet i denne studien er om en bestemt terapeutisk intervensjon kan påvirke pasientens følelse av mestring og livskvalitet.</p>	<p>Forskerne utviklet en skalaen som var delt i tre stadier:            Første stadiet var et spørreskjemaet som besto av 46 elementer og var pre-testet på 25 tilfeldig utvalgte MS-pasienter.</p> <p>Den andre fasen besto av en skala basert på en nasjonal tverrsnittsundersøkelse av tilfeldige MS-pasienter, godkjent av de lokale helsemyndighetene.</p> <p>Siste fase var å redusere elementer som ikke passet, for eksempel observerte manglende data.</p> <p>Forskerne brukte utforskende faktoranalyse for å identifisere den samlede faktorstrukturen av livskvalitet og mestringsdimensjoner.</p>	<p>Forskerne har kommet frem til at hvis en ser bort ifra de kliniske faktorene rundt MS, er livskvalitet den primære bekymring for denne pasientgruppen. Det finnes medisiner som kan redusere sykdomsutviklingen, men ikke fjerne den.</p> <p>I denne artikkelen kommer det frem at en positiv mestringsstrategi definitivt kan bedre livskvalitet. Psykososiale tiltak må vurderes for å hjelpe pasienten til å utvikle gode mestringsstrategier.</p> <p>Livskvalitet og mestring er en varierende faktor hos MS-pasienter, det er derfor viktig at de får regelmessig vurdering slik at pasienten får tilstrekkelig behandling</p>	<p>MS er en kompleks sykdom, men både fysiske og psykiske faktorer. Det å mestre situasjonen er ikke alltid like lett når kroppen ikke lenger fungerer slik som den skal og du ikke lenger føler du strekker til. Noen takler disse utfordringene bedre enn andre, men mange MS-pasienter sliter med depresjon og angst.</p> <p>Som sykepleier skal en se pasienten i sin helhet. Det er derfor viktig å iverksette tiltak rundt de problemene pasienten måtte ha. I denne artikkelen kommer det frem at det psykiske kan være en faktor som blir glemt, da dette er noe vi ikke ser ved første øyekast. Psykososiale tiltak er noe som lett glemmes av helsevesenet og det er vanskelig å ta tak i.</p>

		<p>Forskerne gjennomførte en ukes langsgående studie der skalaen ble besvart av de 60 pasientene som var valgt for test-retest.</p>	<p>til enhver tid. Dette kan hjelpe pasienten til å komme på rett spor igjen og forbedre måten disse pasientene takler sykdommen sin på. Forskerne viser til sin måte å innhente data på og anbefaler dette som et godt måleverktøy, både for å teste terapi og regelmessige pasientkontroller.</p>	<p>Ved å utvikle mestringsstrategier sammen med pasienten, kan dette bedre den psykososiale faktoren, og bedre pasientens livskvalitet.</p>
--	--	---	---	---

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>
<p>Guerra, S.S. (2013). Management of psychosocial adjustment among people with multiple sclerosis: a critical analysis. <i>British Journal of Neuroscience Nursing</i>. (2013. Vol 9 No 2).</p>	<p>MS pasienter får som oftest ikke rett/ingen behandling når det kommer til deres psykiske helse.</p> <p>Dette er en review artikkel som vurderer om sykepleier ved hjelp av ulike former for terapi og psykologiske intervensjoner kan bedre den psykiske helsen hos pasienter med MS.</p>	<p>Da dette er en systematisk review artikkel har forfatteren valgt å gjøre et søk i ulike databaser, som Nursing@Ovid og Ovid MEDLINE(R). Søkeordene som ble brukt var “multiple sclerosis”, “demyelinating diseases”, “MS”, “adjustment”, “adaptation”, “management”, “psychological interventions” og “mood disorders”. MeSH ble brukt for å finne andre relevante søkeord. 20 artikler ble funnet, men 15 ble kuttet vekk da de ikke var relevante og 3 hadde ikke fokus på MS og psykologiske faktorer. Forfatteren endte dermed opp med 2 artikler som hun har analysert og sammenlignet. Det kan forekomme tolkninger fra forfatteren da det kun er en person som har arbeidet med datainnsamlingen.</p>	<p>Omfanget for å bruke psykologiske intervensjoner for å hjelpe personer med MS kan være stor, men det kommer frem i denne studien at den er relativt liten. Flere studier må gjennomføres for å evaluere forvaltningen av psykologisk tilpasning blant personer med MS.</p> <p>I den ene artikkelen som ble valgt ut kom det likevel frem nyttige funn som må støttes opp med mer forskning. Det viste at sykepleiere opplært til å levere kognitiv adferds terapi var i stand til å hjelpe sine pasienter på andre måter når støttende lytting ikke var tilstrekkelig. Men et annet funn viser at gevinster oppnådd i funksjonsnedsettelse ikke ble opprettholdt etter 12 måneders oppfølging. Denne studien gir verdifull informasjon som kan hjelpe mange personer med MS med sin psykiske helse.</p> <p>Hverken Moss-Morris et al (2012) og heller Forman og Lincoln (2010) tok hensyn til om pasientene hadde en kognitiv svikt, dermed kan svarene fra noen av deltakerne med</p>

			<p>stemningslidelser ha blitt påvirket av kognitiv svekkelse på grunn av MS.</p> <p>Sykepleiere har mye å tilby mennesker med MS, men det er en mangel på empirisk støtte for dette.</p> <p>Helseorganisasjoner er alltid på utkikk etter måter å levere den mest effektive metoden for terapi til lavest mulig pris, og dette kan være en betydelig fordel for MS sykepleiere som ønsker å bruke sin kompetanse på området av MS og utvide sin rolle, mens ledende på tjenesteutvikling skreddersydd til personer med MS.</p>
--	--	--	--

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans for praksis</b>
<p>Wilkinson, M, Whitehead, L &amp; Crowe, M. (2015) Nurses perspectives on long-term condition self-management: a qualitative study. Journal of clinical nursing (Vol 25, side 240–246)</p>	<p>Hensikten med denne studien er å utforske sykepleiernes holdninger, synspunkter og oppfatninger om deres rolle i praksis med selvlidelse hos pasienter med kronisk tilstand.</p>	<p>Etisk godkjent av Etisk komité for Helse og funksjonshemming, New Zealand.</p> <p>Dette er en kvalitativ studie, med et målrettet utvalg av sykepleiere som arbeider i primær og sekundærhelsetjenesten i New Zealand.</p> <p>Sykepleierne med erfaring innenfor studiens hensikt fikk tilbud om å bli med på studien per e-post, 14 sykepleier deltok i studien (i alderen 24-56 år).</p> <p>Informasjon ble samlet gjennom fokusgruppe eller intervju. 12 sykepleiere deltok i fokusgruppen, 2 halvstrukturerte intervjuer ble gjennomført med de to siste sykepleierne.</p> <p>Sykepleierne fikk informasjonsskriv om studien og deres rett til å trekke seg fra</p>	<p>Alle sykepleierne som deltok i studien følte de brukte selvlidelse som metode i sin hverdag.</p> <p>Sykepleierne følte en sterk faglig ansvarlighet for å gi best praksis og forbedre og vedlikeholde pasientens helsestatus. Sykepleierne beskrev seg selv som en viktig medspiller i arbeidet med den enkelte pasient for å fremme selvlidelse.</p> <p>For flere av sykepleierne var det en utfordring å opprettholde prinsippene om best praksis og støtte selvlidelse, spesielt når pasientene gjorde valg som ikke fremmet god helse</p> <p>Sykepleier følte likevel at de hadde en rolle som koordinator og på den måten følte de fleste at sykepleieren</p>	<p>Sykepleierne har en viktig rolle og medspiller i arbeidet for at hver enkelt pasient skal oppleve selvlidelse.</p> <p>Med samtidig kan det være utfordrende for sykepleierne å støtte pasientene i de valgene de tar om det ikke fremmer helse.</p>

		<p>studien når som helst. Alle signerte samtykkeskjema. Spørsmålene omhandlet gode og dårlige erfaringer med selvledelse, barrierer, tilrettelegging og utfordringer knyttet til selvledelse. All data ble registeret digitalt og nedskrevet ordrett.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Gjennomført bed hjelp av Boyatzis versjon av tematisk analyse, altså identifiserte forskerne fellestrekk innenfor og på tverrs av intervjuene/fokusgruppa.</p> <p><b>Utvalget</b> for denne studien var liten og utelukkende kvinnelig, men bruk av målrettet prøvetaking sørget for at deltakere som var i stand til å dele sitt syn på sin rolle i den langsiktige tilstanden selvledelse. Det ble intervjuet og sykepleiere over hele helsesektoren fra steder rundt New Zealand ble representert. Bruken av en fokusgruppe i tillegg til individuelle intervjuer</p>	<p>at de opprettholdt en del av kontrollen, men at de ikke følte like stor ansvarlighet over pasientens egne valg.</p> <p>I denne studien kommer det frem at sykepleierens posisjon i helsevesenet er uunngåelig med tanke på ansvarlighet i forhold til å fremme helse og gi kontinuerlig omsorgen.</p> <p>Det er anerkjent at selvledelse og sykepleie er et komplekst område som krever videre forskning for å få en mer fullstendig forståelse av sykepleierens holdninger, forståelse og praksis</p>	
--	--	---	---	--

		ble valgt til å lette samhandlingen		
--	--	--	--	--

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>
Hooft, S.M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R. og Staa, A. L. 2015, Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: A Q-methodological study, International Journal of Nursing Studies 52., 157-166.	Hensikten med denne kvalitative studien var å finne ut hvilke perspektiver som kan hjelpe sykepleierne til å bidra til at pasienter med kronisk sykdom opplever selvledelse. Den faglige debatten om at helsepersonell skal støtte pasientene til å oppleve selvledelse har fått oppmerksomhet. Selvledelse kan hjelpe pasienter med kroniske lidelser til å redusere helseutgifter og bedre livskvalitet. Selvledelse i denne sammenhengen vil si enkeltes evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykiske konsekvenser, atferdsmessige og følelsesmessige reaksjoner. Altså hvordan en kan opprettholde god livskvalitet. Sykepleiere har en viktig oppgave i å kunne støtte til at pasienten opplever selvledelse. Sykepleierens holdninger og oppfatninger knyttet til	<b>Utvalg:</b> 49 nederlandske sykepleiere med ulik videreutdanning, alder og fra forskjellige helsevesenet ble invitert til å delta i studien på e-post. 39 av disse med alderen 21-54 år deltok til slutt.  <b>Datainnsamling:</b> Data ble samlet inn i 2013 ved semistrukturerte intervju. Det vil si et halvstrukturert intervju, der det er en samtale mellom forskeren og sykepleieren. Gangen i samtalen ble styrkt av forskeren. På forhånd laget forskerne en plan med 37 temaer/uttalelser som de ønsket få meninger om. Intervjuet varte mellom 10- 65 min. - Deltakelsen var frivillig.  <b>Analyse av data:</b> Q-metodologisk analyse ble benyttet. Det vil si at forskerne har kombinert elementer fra først kvantitativ, og deretter kvalitativ metode. På denne måten får forskerne en blanding av forskning og praksis. En slik analyse inneholder 5 steg. Det første steget kalles et kommunikasjonsunivers, og der referer til den totale flyten av kommunikasjon rundt det aktuelle temaet. I	For at pasienter med kroniske lidelser skal oppleve selvledelse er støtte fra sykepleiere mye å si.  Det er 4 perspektiver som sykepleier kan benytte som kan bidra til at pasienter opplever selvledelse. Perspektivene er lærerperspektiv, kliniskperspektiv, coach- perspektiv og gate-keeper perspektiv. Coach perspektiv innebærer at sykepleierne har et helhetlig syn og fokus på ferdigheter og pasientens behov. En som sykepleier bør tenke at pasienten er sin egen ekspert på hvordan det er å leve med den bestemte kroniske tilstanden. Men samtidig er det viktig at pasienten kan diskutere med helsepersonell.  Klinisk perspektiv vil si at sykepleierne regelmessig observerer tilstanden til sine pasienter. Disse observasjonen bør skje ved direkte kontakt mellom pasienten og sykepleieren. I dette perspektivet er det mer fokus på sykepleierens kompetanse om



	<p>selvledelse er enda ikke blitt forsket på.</p>	<p>dette tilfellet et intervju, der forskerne fikk et godt overblikk. Det neste steget å utvikle Q-utvalget. Det vil si at forskerne har et mindre sett med utsagn som er representativt for kommunikasjonsuniverset. Det tredje steget består i å definere gruppen informanter som velges ut. Det fjerde steget består av Q-sorting. Det siste steget består av analyse og tolkning av resultater. Et «PQMetohod software-program» ble benyttet. Alle de individuelle svarene blir sortert, plottet inn og analysert ved personsentrert faktoranalyse.</p>	<p>pasienten, enn kompetansen til pasienten. Dette på grunn av at noen ganger klarer ikke pasienten å se sitt eget beste.</p> <p>Gate- Keeper perspektiv vil si at en som sykepleier skal ha en samfunnsmessig funksjon. Målet er da å redusere de helsemessige utgiftene til pasienten. En som helsepersonell har et bedre perspektiv, så en må kunne diskutere temaer pasienten selv ikke bringer opp. Sykepleier foreslå da løsninger eller kommer med anbefalinger for de problemene pasienten møter. Dette er med på å stimulere pasienten til å bli mer selvstendig.</p> <p>Lærer-perspektiv vil si å gi helseopplysninger til pasienten slik at pasienten selv kan ta egne valg med tanke på den kroniske lidelsen. Sykepleier bør støtte pasienten og gi informasjon, selv om pasienten ikke selv ber om det. Sykepleier og pasienten kan gjennomføre ting sammen i starten, deretter informere og til slutt kan pasienten gjøre det selv. Målet er altså at pasienten blir selvstendig. Slik at en som sykepleier</p>
--	---	---	--

			<p>ikke hele tiden trenger å være tilgjengelig.</p> <p>Sykepleier bør samarbeide med pasienten gjennom å utvikle et felles mål. Det er også viktig at pasienten får mulighet til å ta et eget valg.</p>
--	--	--	---

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>
<p>Heiskanen, S., Vickrey, B. og Pietila, A.M. 2011, Health-related quality of life and its promotion among multiple sclerosis patients in Finland, International Journal of Nursing Practise, 17., 187-194.</p>	<p>Målet med denne kvantitative studien var å måle helserelatert livskvalitet av pasienter med multippel sklerose. Helserelatert livskvalitet vil si fysisk, mental og sosial fungering og trivsel som individ. I Skandinavia er det lite informasjon om hvordan en kan forbedre livskvaliteten på et tidlig stadium av multippel sklerose. Fysisk helse vurderes med hensyn til pasientens generelle helse. Mental helse omfatter kognitiv funksjon, og positive og negative følelser pasienten har opplevd. Sosial helse er beskrevet i forhold til pasientens bolig, sosiale relasjon, arbeid og fritidsaktiviteter.</p>	<p><b>Utvalg:</b> Det var 100 voksne i Finland som deltok i studien. De var diagnostisert med MS for 2-4 år siden.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Data ble samlet inn med et strukturert spørreskjema i løpet av våren 2003. Spørreskjemaet ble utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer for sykepleievitenskap forskning. Deltakere fikk dette tilsendt i posten med et samtykkeskjema og generell informasjon. Det var frivillig deltakelse. Alle spørreskjemaene ble returnert anonymt.</p> <p><b>Analyse:</b> Svarprosenten var 81 %. Data ble analysert ved hjelp av statistiske analyser. Dataen ble behandlet ved hjelp av «SPSS version 14». Det ble brukt beskrivende statistikk, frekvenser og prosent.</p>	<p>Sykepleier har en viktig rolle for å støtte og øke livskvaliteten til MS-pasienter.</p> <p>Deltakerne i studien fortalte at de var behov for psykososial støtte, involvering i egen behandling, oppmuntring, støtte, diskusjon eller rådgiving. Deltakerne mente at helsepersonells kompetanse om livskvalitet var tilstrekkelig. Det å støtte pasienten i ADL og forbedre livskvalitet var utilstrekkelig. Det er mulig å hindre at MS-pasienter blir innlagt på institusjon i et tidlig stadium, ved hjelp av hjemmehjelp. Det vil da kreve en økning i ressursene i helsehjelp, for eksempel videreutdanning for helsepersonell, og bedret samarbeid med de yrkesgruppene som er del av behandlingen til MS-pasienter. Livskvaliteten var lavere hos pasienter som var arbeidsledige. Det samme gjelder de som var enslige.</p>

			<p>Flertallet av pasientene mente at psykososial støtte fra helsepersonell er en viktig del. De indikerte også at det var spesielt viktig å få informasjon om medisinsk og fysiologisk behandling, trening, ulike former for tilgjengelig rehabilitering.</p> <p>De fleste rapporterte også at det var viktig å få informasjon om hvordan en kan forebygge tilbakefall.</p> <p>Oppmuntring fra helsepersonell var også vesentlig. Spesielt for å styrke en selvrespekt og opprettholde håp.</p> <p>Noen av deltakerne i studien følte at helsepersonell manglet ferdigheter til å oppfordre pasientene til se det positive i livet deres.</p>
--	--	--	---

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>
<p>Yeliz Akkus og Nuran Akdemir (2011). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. Scandinavian Journal of Caring Sciences ( 26; 295–303)</p>	<p>Målet med denne kvalitative studien var å fastslå effekten av sykepleieintervensjonen “The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)”. Den omtaler effekten av sykepleie i hjemmet og de mange utfordringer og problemstillingene som omhandler livskvalitet overfor pasienter med MS.</p>	<p><b>Utvalg:</b>  45 pasienter med MS som var registret seg hos MS Society deltok. 21 av deltakerne i intervensjonsgruppen fikk pleie ut ifra NANDA-intervensjon, og 24 av deltakerne fikk vanlig pleie.  <b>Datainnsamling:</b>  Data ble samlet inn med et evalueringsskjema for symptom som var utviklet av forskerne, i tillegg til ”MSQualityOfLife-54 skala”. Skjemaene ble også sendt til fem personer som er eksperter på feltet.  Spørsmål som kunne bli misforstått var enten korrigert eller ekskludert fra skjemaene. Alle pasientene svarte på skjema på det første besøket og på det siste besøket.  <b>Analyse:</b>  «Statistisk Package for Social Sciences for Windows versjon 11.0» og «Statistica 7» ble brukt på alle dataanalysene. Kategorisk data ble analysert ved hjelp av chi-kvadrat test. Den gjennomsnittlige MSQualityOfLife-54 skåren for alle de 45 pasientene ble evaluert (både fra intervensjonsgruppen og kontrollgruppen). Sammenligningene for intervensjons- og kontrollgruppene ble avsluttet med</p>	<p>Klassifiseringssystemet (NANDA) er i dette tilfellet å skape et helhetlig syn på pasienten med MS. Dette foregår ut i fra hjemmebesøk hos pasienten. Ved 1 besøk ble pasienten informert og skrev under på samtykkeerklæring. Ved 2-7 besøk er det fokus på trening, konsultasjon og ulike pleie. Ut i fra disse besøkene blir det laget en pleieplan (som er individuelt tilpasset hver enkelt pasient).</p> <p>Sykepleiere evaluerer pasientens fatigue, fysisk mobilitet, forstoppelse, seksuell dysfunksjon, endringer i verbal kommunikasjon, trauma- risiko, endringer vannlatningsmønsteret, evaluering av matinntak, kognitivsvikt, endringer i personlighet, hud, inkontinent, smerte, endret kroppsbilde, sosial isolasjon(ensomhet), redusert tilpassningsevne og hvordan familierelasjon er. Sykepleierne evaluerer og kartlegger om pasienten har blitt bedre, verre eller holder seg stabil. Data om pasienten ble samlet inn, og vurderinger om pasientens problem ble</p>

		<p>Wilcoxon test. Forskjellene i symptomene i intervensjons- og kontrollgruppene mellom første besøk og det 8. og siste besøket ble evaluert med Statistica 7 program som fikk frem endringene i prosent. En p-verdi på &lt;0,05 ble videre vurdert statistisk signifikant.</p>	<p>gjort ut i fra dette. Deretter ble det laget mål og tiltak.</p> <p>Ved besøk 8, altså det siste besøket, ble pleieplanen evaluert. Pasienten blir informert om at dette er siste besøk, og at en kan ringe om det skulle være noen spørsmål.</p> <p>NANDA kan bidra til å oppnå en forbedring av livskvaliteten til pasienter med MS. Dette er også noe som kan bidra til å øke kvaliteten på pleien til pasientene.</p> <p>Studieresultatene markerer betydningen av å gi kontinuerlig psykososial støtte til pasienter med MS og deres familier, og fordelene ved å ha tilgang til faglige besøk utførte av en sykepleier i henhold til Nanda retningslinjer.</p> <p>Regelmessige hjemmebesøk, som inkluderer omsorg, opplæring og konsulenttenester ser ut til å være en effektiv måte å forbedre MS-pasienters livskvalitet. Derfor bør utviklingen av fremtidige støtteprogrammer for pasienter som bor hjemme omfatte samarbeidstiltak av et tverrfaglig team for å bedre pasientenes livskvalitet.</p>
--	--	---	--

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans for praksis</b>
Malcomson, KS, Lowe-Strong, AS & Dunwoody, L. (2007) What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with Multiple Sclerosis? Disability and Rehabilitation 30(9): 662-674.	Målet med denne kvalitative studien var å utforske de personlige opplevelsene til personer med multipel sklerose. Studien presenterer enkeltpersoners erfaringer med å leve med MS, hvordan de holder seg oppdatert, og hvilke effektive selvledelses-strategier som benyttes for å klare seg i dagliglivet.	Godkjent av University of Ulster forskningsetiske komité, <b>Utvalg:</b> Det ble sendt ut informasjonsbrosjyrer som beskrev studien til MS-Foreningen i to regioner i Nord-Irland. De som var interessert tok selv kontakt med forskerne.  Enkeltpersonene var bare kvalifisert hvis de oppfylte følgende kriterier: diagnostisert med MS i fem år eller mer, følte / oppfattet / trodde de hadde utviklet noen selvledende egenskaper og som var i stand til å minimalisere virkningene som sykdommen hadde på deres hverdag, at de var villige og i stand til å diskutere sine erfaringer og gjerne dele disse erfaringer med et lite antall mennesker som hadde MS.	I denne studien kommer det frem at det er viktig for pasientene å få helhetlig og individuell omsorg. Fokuset bør være å hjelpe enkeltpersoner i å utvikle gode mestringsstrategier som kan lette personlige kamp, som ofte er forbundet med tilpasning til MS. En slik helhetlig pakke burde løse både fysiske og psykososiale behov, og som bør involvere tverrfaglige team, samtidig gjøre bruk av verdifulle ulovfestede ressurser som støtte grupper og råd fra medpasienter.  Den psykososiale påvirkningen er en naturlig del av en kronisk sykdomsutviklingen, og er godt dokumentert.	For at sykepleierne i hjemmetjenesten skal kunne hjelpe pasienter med MS å oppnå mestring, er det viktig å tenke helhetlig og individuell sykepleie. Dette kan være med på lette pasientenes personlige kamp.  Om sykepleierne hjelper pasienten å benytte mestringsstrategier som er forbundet med tilpasning til MS, vil det bidra til å bedre de fysiske og psykososiale plagene hos pasienten.  Viktig at sykepleier hjelper pasienten med å få et personlig innsikt i sykdommen.

		<p>Under prosessen var forskerene oppmerksomme på eventuell kognitiv svikt.</p> <p>Åtte personer fra begge regionene i Nord-Irland ble inkludert i studien. Deltakerne fikk informasjon om at informasjonen de ga var anonym, og ble bedt om å gi skriftlig samtykke til forskerne.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Fokusgrupper varte i 90 min, og ble tatt opp på video eller lydklipp, og deretter skrevet ned av forskerene.</p> <p><b>Analyse:</b> Ved hjelp av tematisk analyse, identifiserte forskerne viktige mønstre i dataene som var relevante for problemstillingen. En tematisk analyse er en metode for å identifisere, analyse og rapportering mønstre/typer i data og den blir vanligvis anvendt i kvalitative undersøkelser. Dette ble sett på som en nyttig, pålitelig og verdifull metode i</p>	<p>For å kunne leve godt med MS er det viktig med personlig innsikt, trivsel og livskvalitet. Det er dermed et behov for å utvikle og spre evidensbaserte retningslinjer. Disse må være informativ og gi psykososiale tjenester, mens en tar til etterretning av de vellykkede mestringsstrategier som benyttes av folk som bor og allerede takle sykdommen.</p> <p>En slik bestemmelse bør være en del av det som regjeringen, i samarbeid med "Nasjonalt kompetansesenteret for kroniske tilstander", har anbefalt som tjeneste.</p>	
--	--	---	--	--



		kvalitativ forskning, og den ble ansett som passende for denne studien.		
--	--	---	--	--