

10159

Helseveiledning til hjertesviktpasienter i hjemmesykepleien

Hvordan kan hjemmesykepleien fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7120

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2022

10159

Helseveiledning til hjertesviktpasienter i hjemmesykepleien

Hvordan kan hjemmesykepleien fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Hjertesvikt er et alvorlig og økende helseproblem både globalt og i Norge, hvor hjertesvikt preges av hyppig hospitalisering og reinnleggelser og utgjør en stor samfunnskostnad. Den faglige utviklingen i helse- og omsorgstjenesten har i større grad blitt rettet mot å gi bistand som fremmer selvstendighet, egenmestring og aktivitet. Siden egenomsorg og etterlevelse av legemiddelbehandlingen ses på som en viktig del av hjertesviktbehandlingen har sykepleiere en viktig rolle for å legge til rette for dette. Studien har dermed som mål å besvare følgende problemstilling: «Hvordan kan hjemmesykepleien fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning?»

Metode:

En litteraturstudie basert på systematiske litteratursøk hvor syv artikler ble vurdert som relevant for oppgavens problemstilling i henhold til de valgte inklusjonskriteriene. Analysen ble gjort med utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell.

Resultat:

Hjertesviktpasienter som mottok hjemmesykepleie, følte seg bedre ivaretatt og hjemmebesøket skapte muligheter for god helseveiledning. Tid og tillit var viktige faktorer for helseveiledning. Individuelt tilpasset undervisningsmaterieell ut ifra pasientens helsekompetanse ga økt kunnskap og bedre egenomsorg. Repetisjon og «Teach-Back» - metoden førte til bedre retensjon av kunnskap. Jevnlig kontakt med helsepersonell ga bedre etterlevelse av behandlingen.

Konklusjon:

Hjemmesykepleien er en godt egnet arena for helseveiledning, hvor arbeidet har et annet tidsperspektiv enn på sykehuset. Tid og relasjonsbygging bygger tillit og den ekstra tiden gir muligheter for repetisjon av undervisningsmateriellet. Økt kunnskap rundt hjertesvikten som følge av dette leder til økt egenomsorg. Hjemmesykepleie fører til jevnlig kontakt med helsepersonell som var vist å øke etterlevelse av behandlingen.

Nøkkelord: helseveiledning, hjemmesykepleie, egenomsorg

Abstract

Background:

Heart failure is a serious and growing health problem both globally and in Norway, where heart failure is characterized by frequent hospitalization and readmissions and constitutes a major societal cost. The development in the health and care service has to a greater extent been aimed at providing assistance that promotes independence, self-efficacy and activity. Since self-care and compliance with drug treatment are seen as an important part of heart failure treatment, nurses have an important role to play in facilitating this. The study thus aims to answer the following question: "How can home nursing promote self-care among heart failure patients through health care?"

Method:

A literature study based on systematic literature searches was done where seven articles were considered relevant to the research question and in accordance with the selected inclusion criteria. The analysis was made based on Evans' (2002) analysis model.

Result:

Heart failure patients who received home nursing felt better cared for and the home visit created opportunities for good health care. Time and trust were important factors for health care. Individually adapted educational materials based on the patient's health literacy provided increased knowledge and better self-care. Repetition and the "Teach-Back" method led to better retention of knowledge. Regular contact with healthcare professionals improved compliance with the treatment.

Conclusion:

Home health nursing is a well-suited arena for health guidance, where the work has a different time perspective than at the hospital. Time and relationship building builds trust and the extra time provides opportunities for repetition of the educational material. Increased knowledge about heart failure as a result of this leads to increased self-care. Home health nursing leads to regular contact with health professionals who have been shown to increase compliance with the treatment.

Keywords: health guidance, home health nursing, self-care

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Avgrensning	1
1.2	Teoretiske perspektiv/begreper	2
1.2.1	Hjertesvikt.....	2
1.2.2	Behandling ved hjertesvikt	3
1.2.3	Råd pasientene får til egenomsorg	4
1.2.4	Helseveiledning ett verktøy for bedring av egenomsorg	5
1.2.5	Hjemmesykepleien som arena for helseveiledning	5
1.2.6	Dorothea Orems Egenomsorgsteori og dens tre deler	6
2.0	Metode.....	7
2.1	Metodebeskrivelse	7
2.2	Utdyping av Inklusjons- og Eksklusjonskriterier	7
2.3	Søkestrategi	8
2.4	Søketabell	9
2.5	Vurdering og utvalg av artikler.....	11
2.6	Analyse av artiklene	11
3.0	Resultater	12
3.1	Artikkelmatrise	13
3.2	Tematisk analyse	17
3.2.1	Pasientens syn og opplevelse av hjertesviktbehandling.....	17
3.2.2	Helseveiledning og dens elementer	17
3.2.3	Egenomsorg.....	18
4.0	Diskusjon	19
4.1	Pasientens opplevelse av hjertesviktbehandling og møte med helsevesenet.....	19
4.2	Helseveiledning og dens funksjon i fremming av egenomsorg	20
4.3	Tilrettelegging for Egenomsorg	22
4.4	Implikasjoner for sykepleien	23
4.5	Metoderefleksjon/kritikk.....	23
4.6	Konklusjon	24
	Referanser	26
	Vedlegg	29

Tabeller

Tabell 1: New York Heart Associations (NYHA)	3
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
Tabell 3: Søketabell	9
Tabell 4: Tema.....	12
Tabell 5: Artikkelmatrise	13

1.0|Introduksjon

Hjertesvikt er et økende og alvorlig helseproblem, og i Norge regnes det med at ca. 60 000 – 100 000 personer av befolkningen er rammet (Broch, 2022). Dette problemet kommer til å øke ytterligere da hjertesvikt også er en konsekvens av et aldrende hjerte, og Norge står ovenfor en kommende eldrebølge (Eikeland et al., 2020, s. 252; Ingstad, 2013, s.185). Eldrebølgen vil medføre et økt behov for pleie- og omsorgstjenester hvor en stor andel av denne pasientgruppen vil være rammet av hjertesvikt. Hjertesvikt preges av hyppig reinnleggelser etter utskrivning og i 2019 sto hjertesvikt for hele 23.1% av alle reinnleggelser etter 30 dager for pasienter over 67år (Helsedirektoratet, 2019). Det kan i tillegg forventes at halvparten av disse blir reinlagt etter 6 måneder (Toback & Clark, 2017). Dette medfører store kostnader for samfunnet.

Ettersom sykehusoppholdene stadig blir kortere, fremtrer viktigheten av helseveiledning og informasjon på tvers av tjenester. Helseveiledningen og informasjon er heller knyttet til pasientforløpet, noe som trekkes frem som viktig i Samhandlingsreformen (St.meld nr. 47 (2008-2009)). Dette har ført til en økt pasientgjennomstrømning i kommunehelsetjenesten og spesielt innenfor hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18).

Den faglige utviklingen i helse- og omsorgstjenesten skal i større grad rettes mot å gi bistand som fremmer selvstendighet, egenmestring og aktivitet i årene som kommer. Siden egenomsorg ses på som en viktig del av hjertesviktbehandlingen har sykepleiere en viktig rolle for å legge til rette for dette (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18).

Dette ledet til følgende problemstilling:

«Hvordan kan hjemmesykepleien fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning?»

Formålet med studien er å undersøke hvilke faktorer som ligger til grunne for god helseveiledning til hjertesviktpasienter og hvordan dette kan fremme egenomsorgen.

1.1|Avgrensning

Hjertesviktpasienter har ofte andre tilleggssykdommer som diabetes, nyresvikt og liknende og hva disse medbringer i forhold til pleie, behandling og komplikasjoner for egenomsorg velges det å se bort ifra i denne oppgaven. I tillegg tenkes det at pasientene som mottar helseveiledningen har normal kognitiv funksjon og ikke er lidende av depresjon og/eller angst. Den akutte fasen ved hjertesvikt er heller ikke relevant for oppgaven da denne er forbeholdt sykehuset og krever andre intervensjoner.

1.2|Teoretiske perspektiv/begreper

1.2.1|Hjertesvikt

Hjertesvikt kjennetegnes ved at hjertet enten ikke klarer å møte kroppens metabolske behov ved å pumpe nok blod rundt i kroppen eller at behovet blir møtt ved et forhøyet fyllingstrykk (Eikeland et al., 2020, s. 252; McDonagh et al., 2021, s. 14). Årsaken bak disse funksjonsforstyrrelsene kan variere, men 75-80% av svikt skyldes langvarig hypertensjon og koronarsykdom. Andre grunner til hjertesvikt kan være, arytmier og klaffefeil, eller sykdommer som kols, nyresvikt eller diabetes (Eikeland et al., 2020, s. 252). Svikten er derfor ikke en sykdom i seg selv, men et klinisk syndrom preget av funn og symptomer på en bakenforliggende sykdom med kardinalsymptomer av varierende grad og intensitet (McDonagh et al., 2021, s. 14).

Ved hjertesvikt reduseres minuttvolumet, først ved aktivitet og senere i forløpet også i hvile. Minuttvolum er mengden blod hjertet pumper ut fra venstre hjertekammer i løpet av ett minutt, og kan også ses på som mengden blod som passerer de ulike organene per minutt eller hjertets pumpekraft (Arnesen, 2019). Hjertesvikt er en progressiv diagnose og tidlig i forløpet vil kompensasjonsmekanismene til kroppen opprettholde en tilstrekkelig pumpefunksjon og sirkulasjon slik at sviktsymptomene holdes borte. Kompensasjonsmekanismene består blant annet av vasokonstriksjon og væskeretensjon (Norsk legemiddelhandbok, 2022). Til slutt vil kompensasjonsmekanismene ikke lenger klare å kompensere for det økte fyllingstrykket og det reduserte minuttvolumet og sviktpasienten vil kunne få symptomer som dyspné og perifere ødemer (Norsk legemiddelhandbok, 2022) .

Grunnet at hjertesvikt er et klinisk syndrom med forskjellig bakenforliggende sykdom og ikke en etiologisk diagnose, klassifiseres hjertesvikt inn ut ifra patofysiologi, etiologi, kliniske forløp og alvorlighetsgrad. De ulike klassifiseringene er: akutt hjertesvikt og kronisk hjertesvikt, med tilleggsklassifikasjoner som høyresidig hjertesvikt, venstresidig hjertesvikt, systolisk hjertesvikt og diastolisk hjertesvikt (eks: kronisk systolisk venstresidig hjertesvikt) (Eikeland et al., 2020, s.252-253). Alvorlighetsgraden av hjertesvikt og dermed symptomenes fremtredelse er også en klassifiseringsmetode som tas i bruk når det kommer til hjertesvikt. Denne klassifiseringsmetoden er utarbeidet av New York Heart Association (NYHA, se tabell 1), og er den klassifiseringen av hjertesvikt som tas i bruk i denne oppgaven.

Tabell 1: New York Heart Associations (NYHA)

New York Heart Associations (NYHA) klassifisering av hjertesvikt (McMurry et al.2012, Myhre 2014) direkte avskrift fra Eikeland et al., (2020, s.253).	
NYHA I	<i>Asymptomatisk hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt uten begrensninger i vanlig fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet medfører ingen følelse av utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
NYHA II	<i>Lett hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med lett begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile og ved lett fysisk anstrengelse, men større belastninger gir tydelig utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
NYHA III	<i>Moderat hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med markert begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile, men lett fysisk aktivitet som påkledning eller gange i lett motbakke gir utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
NYHA IV	<i>Alvorlig hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt som ikke tillater noen form for fysisk aktivitet uten at det gir ubehag. Symptomer som skyldes hjertesvikten, er til stede i hvile.

1.2.2|Behandling ved hjertesvikt

Før behandling av hjertesvikt er det viktig å vite de bakenforliggende sykdommene og hvilken type kardiogen svikt som foreligger. Prosessen for å diagnostisere dette krever en god medisinsk anamnese, kliniske undersøkelser og ulike spesialundersøkelser, hvor ekkokardiografi ofte er et viktig diagnostiskverktøy (Eikeland et al., 2020, s.255). Hvis hjertesvikten skyldes klaffefeil må dette kanskje behandles kirurgisk, men ellers er prinsippene for behandling ved hjertesvikt:

- Redusere arbeidet hjertet må gjøre.
- Påvirke de ulike faktorene som har innvirkning på hjertefunksjonen som hjertefrekvens, kontraktilitet, pre- og afterload slik at hjerteminuttvolumet blir optimalisert.
- Forebygge eksarbasjon av hjertesvikten og utviklingen av lungeødem.
- Styrke pasientens ressurser gjennom å gi informasjon og kunnskap om pasientens situasjon, slik at pasienten lettere kan leve med sykdommen og behandlingen. (Eikeland et al., 2020, s.255)

Behandlingen med legemidler rettes ut ifra pasientens type og grad av hjertesvikt og symptomer. Medikamentell behandling gir betydelig overlevelsesevinst og symptomlette. Ved kronisk hjertesvikt er de viktigste legemidlene ACE-hemmere, betablokkere, diuretika og digitalis (Eikeland et al., 2020, s.256). I 2021 kom European Society of Cardiology (ESC med en ny anbefaling for bruken av SGLT2-hemmere som standard medikamentell behandling for de fleste hjertesviktpasienter (McDonagh et al., 2021, s.21). I tillegg er medikamentell behandling av årsaken til hjertesvikten viktig, som f.eks. ved hypertensjon.

1.2.3|Råd pasientene får til egenomsorg

I retningslinjene for behandling av hjertesvikt fra ESC (2021) gis det råd om hva pasienten selv kan gjøre når det kommer til egenomsorg ved sin hjertesvikt. Disse innebærer: medisiner, kosthold og ernæring, væskeinntak, aktivitet, røykeslutt, moderering av alkoholinntak, søvnoptimalisering, psykiske reaksjoner, immunisering og symptom-monitorering (McDonagh et al., 2021).

Etterlevelsen av legemiddelbehandlingen er svært viktig og med dette legges det vekt på at pasienten må ta rett medisin og rett dose til rett tid, og at eventuelle bivirkninger kan tas opp med fastlegen eller sykepleier (St.Olavs Hospital, 2021).

Når det kommer til kosthold er det anbefalt at det ikke settes for mange ernæringsmessige restriksjoner da hjertesviktpasienter og eldre generelt kan ha redusert matlyst (Eikeland et al., 2020, s. 260). Derimot er det viktig med et sunt og variert kosthold og at måltidene heller er små og hyppige da hjertet må arbeide hardere ved større måltid (Eikeland et al., 2020; St.Olavs Hospital, 2021, s.260). I ESC sine retningslinjer for hjertesvikt rådes det til at sviktpasientene reduserer saltinntaket til >5g/dag og at de opprettholder en sunn kroppsvekt. Væskeinntaket bør begrenses til 1,5-2L/dag hos pasienter som har ødemutvikling, hyponatremi og lungestuvning, hvor pasienten selv bør tilpasse væskeinntaket i perioder med høy varme (McDonagh et al., 2021).

Det anbefales å holde seg aktiv da dette er viktig for alle NYAH-grader av hjertesvikt, siden aktiviteten kan bedre pumpeevnen til hjertet, redusere tungpustheten og gi bedre livskvalitet (St.Olavs Hospital, 2021).

Hjertesviktpasienter kan få søvnproblemer og noen sviktpasienter har ortopné i liggende stilling, de rådes dermed til å prøve ulike sovestillinger hvor det å heve hodeenden av sengen er til god hjelp for mange (McDonagh et al., 2021).

En psykisk reaksjon ved hjertesvikt er at mange pasienter opplever tretthet som kan påvirke humøret, som kan lede til depresjon og angst. Pasientene blir dermed rådet å oppsøke fagfolk for å få hjelp og bearbeide dette (McDonagh et al., 2021; St.Olavs Hospital, 2021).

Sviktpasienter anbefales å vaksinere seg mot influensa, covid-19 og lungebetennelse da de takler infeksjon og feber dårligere enn en frisk person (St.Olavs Hospital, 2021).

Symptom-monitorering er viktig for egenomsorgen, og pasienten anbefales å følge med på endringer i økning av tungpusthet, ødemer og pasienten bør veie seg selv daglig og følge med på at det ikke er en >2kg vektøkning over 3 dager. Ved slike endringer bør pasienten kontakte sin behandlende lege og helsetjeneste (McDonagh et al., 2021).

1.2.4|Helseveiledning ett verktøy for bedring av egenomsorg

Helseveiledning kan ses på som en profesjonell samtale eller dialog hvor hensikten med veiledningen er at pasient og pårørende skal kunne lære om og mestre den helse- og sykdomsrelaterte situasjonen de står overfor. Helseveiledning som prosess trekker inn fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon i lys av pasientens egen opplevelse og forståelse. I det overordnede begrepet helseveiledning er spørre, lytte, motivere, gi råd, støtte, informere, undervise og prosessvurdere viktige elementer som veileder kan ta i bruk. Ved bruk av disse elementene kan veileder veilede pasient og/eller pårørende slik at de på egenhånd oppdager og forstår hvilke handlinger som kan være til hinder for endring og hvilke muligheter de har (Christiansen, 2017, s. 14-15). Helseveiledningen stiller krav til pasientrollen hvor pasienten selv er medvirkende i sin egen behandlingsprosess og en pasientsentrert veiledende holdning vil kunne bidra til at informasjonen blir forstått i større grad.

Helseveiledningen og informasjon foregår på forskjellige arenaer i helse- og omsorgstjenesten og er knyttet til pasientforløpet, noe som trekkes frem som viktig i Samhandlingsreformen (St.meld nr. 47 (2008-2009)). Ved å se på det standardiserte pasientforløpet for pasienter med hjertesvikt (vedlegg 1) fra St.Olavs Hospital, ser man at flere tjenester og personell har ansvar for pasientinformasjon, blant annet kommunehelsetjenesten.

1.2.5|Hjemmesykepleien som arena for helseveiledning

Ifølge Birkeland og Flovik (2018) er hjemmesykepleie et samlebegrep for all sykepleie som blir utført i pasientens hjem. Helsehjelpen utføres på pasientens egen arena og tar utgangspunkt i pasientens og pårørendes behov og ønsker. Hjemmesykepleien er avgjørende for at pasientene kan leve ett best mulig liv med sin sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Personer som mottar hjemmesykepleie, har innvilget vedtak om helsehjelp på grunnlag av deres sykdom og/eller nedsatte funksjonsevne som gjør at de ikke klarer å dekke viktige omsorg- og pleiebehov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 14).

De vanligste betegnelse for personer som mottar hjemmesykepleie er bruker, tjenestemottaker og pasient. Birkeland og Flovik (2018, s. 14) trekker frem deres syn på viktigheten av å fortsette og benytte betegnelsen pasient på personer som mottar helsehjelp i hjemmetjenesten. Deres syn bygges på pasientbegrepet som er definert i § 1-3 om lov om pasient- og brukerrettigheter og defineres som:

«pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

Personen som mottar hjemmesykepleien, har fått innvilget et vedtak om helsehjelp og er per definisjonen en pasient. Birkeland og Flovik (2018, s. 14-15) trekker videre frem at en konsekvent bruk av begrepet pasient, over bruker eller tjenestemottaker vil kunne føre til en

mer likeverdighet mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten, både ressurs- og holdningsmessig.

Vedtaket og hvor mye helsehjelp som blir fattet blir bestemt på grunnlag av en helhetlig vurdering av vedkommendes helse- og livssituasjon. Vedtaket/ene og vurderingen som blir gjort har som formål å sikre at pasienten får den helsehjelpen pasienten har behov og krav på (Birkeland & Flovik, 2018, s. 26).

Pasientene i hjemmesykepleien har som regel én eller flere kroniske sykdommer og lever med den funksjonssvikten disse medbringer. Dette tilsier ikke at det ikke oppstår akutt situasjoner, men akuttmedisin er forbeholdt sykehusene. Dette medfører at sykepleien som blir utøvet i hjemmet ofte vil ha en annen tilnærming og tidsperspektiv enn på sykehuset (Birkeland & Flovik, 2018, s. 37).

1.2.6|Dorothea Orems Egenomsorgsteori og dens tre deler

Dorothea Orems sykepleieteori består av tre del-teorier som til sammen danner hva vi i Norge kaller egenomsorgsteorien. De tre teoriene er «The theory of Self-Care», teorien om egenomsorg, «The theory of Self-Care deficit», teorien om egenomsorgssvikt og «Theory of Nursing System», teorien om sykepleiesystem.

Når det kommer til teorien om egenomsorg utdyper Orem (2001, s. 143) at egenomsorg er en menneskelig funksjon og de aktiviteter individet selv utfører for å opprettholde liv, helse og velvære. Egenomsorgen må læres og kontinuerlig gjennomføres i samsvar med individets individuelle behov som kan være sykdom, miljøfaktorer og energikapasitet (Orem, 2001, s. 143).

Teorien om egenomsorg består av tre underkategorier av egenomsorg:

- Universelle egenomsorgsbehov/krav
- Utviklende egenomsorgsbehov/krav
- Helseavvik egenomsorgsbehov/krav

Det universelle egenomsorgsbehovet går ut på å oppfylle pasientens grunnleggende behov som: å få nok luft, mat og drikke, fysisk aktivitet, ta vare på hygien, sosialisering etc. (Orem, 2001, s.225). Det utviklende egenomsorgsbehovet er ifølge Orem assosiert med å tilpasse seg utviklingsprosesser, kroppslige forandringer og forandring i miljø. Helseavvik egenomsorgsbehovene kommer når det er tilstander som påvirker helsestatusen til individet utenom den vanlige egenomsorgen. Slike tilstander kan være sykdom og/eller personskade og krever egenomsorg i form av: - Søke og sikre rett helsehjelp, - Være bevisst på, og monitorere effekten av tilstanden, - Etterlevelse av behandlingen, - Selvaksept ved sin helsetilstand og pleiebehov, - Lære å leve med tilstanden, virkningene og bivirkningene av legemiddelregimet og behandlingstiltak i en livsstil som fortsatt fremmer personlig utvikling (Orem, 2001, s. 233-242).

Teorien om egenomsorgssvikt spesifiserer når det er behov for sykepleieintervensjon og identifiserer 5 metoder for å hjelpe: 1. Utføre handlinger for andre, 2. Veilede, 3. Støtte, 4. Tilrettelegge et miljø som fremmer pasientens utvikling, 5. Undervise/lære bort (Orem, 2001, s.53-60).

Teorien om sykepleiesystem omhandler det å forsørge for pasienter som ikke klarer å forsørge for seg selv, hvor det trekkes frem tre sykepleiesystem: «Hel kompenserende sykepleiesystem» og «Delvis kompenserende sykepleiesystem» og «Støttende-pedagogisk system» (Orem, 2001). Fokuset for denne teorien og sykepleiesystemene ligger i vurdering, planlegging, implementering, og evaluering slik at tilstrekkelig egenomsorg kan oppnås.

2.0|Metode

2.1|Metodebeskrivelse

Metode kan ses på som en viss vei eller mal mot mål, hvor forskere følger godkjente kriterier og regler som er knyttet til den bestemte metoden (Dalland, 2017, s.54). Med litteraturstudium som metode tar oppgaven for seg strukturerte, systematiske søk, for å finne relevant litteratur innenfor den gitte problemstillingen. Artiklene som ble funnet ble undersøkt for relevans til oppgaven ut ifra overskrift og sammendrag. Virket artiklene relevante ble hele artikkelen lest og analysert. Artiklene måtte i tillegg oppfylle en rekke andre inklusjons- og eksklusjonskriterier som utdypes nærmere i underkapittelet «Utdyping av Inklusjons- og Eksklusjonskriterier».

2.2| Utdyping av Inklusjons- og Eksklusjonskriterier

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
NYAH I-III	NYAH IV
Pasienter over 50 år	Pasienter under 50 år
Pasienter boende i hjemmet	Personer boende på institusjon eller innlagt på sykehus.
Artikler utgitt i 2022-2012	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurdert
Publiseringskanaler med Nivå 1-2 i HK-dr's* register over vitenskapelige publikasjoner	Publiseringskanaler med Nivå 0 eller X.

Det ble satt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å nærmere spesifisere søkene som ble foretatt. Ved inklusjonskriteriet NYAH I-III ble det i hovedsak sett etter litteratur som omhandlet pasienter med NYAH grad I-III, men artikler som ikke spesifiserte alvorlighetsgrad av svikten ble også inkludert. Ved artikler hvor et fåtall av mangfoldet var pasienter med NYAH grad IV, ble de vurdert på individuell basis og inkludert dersom fokuset ikke lå på sykepleie til grad IV pasienter, men ved et fokus på sykepleie til hjertesviktpasienter generelt sett. Inklusjonskriteriet «pasienter over 50 år» ble vurdert ut ifra teksten grunnet at databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), hadde aldersgrupperingene «Middle Aged: 45-65 years» eller «Aged: 65+ years» som ikke dekket inklusjonskriteriene.

Kriteriene for utgivelsesår og fagfellevurdert artikkel ble satt inn i det strukturerte søket, og databasene inkluderte kun artikler som falt innenfor disse kriteriene.

Etter at alle inklusjonskriterier relatert til søk var oppfylt, ble tidsskriftet artikkelen var utgitt i vurdert i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir*) sitt register for publikasjonskanaler. Registeret har en oversikt over godkjente vitenskapelige publikasjonskanaler, hvor en godkjent publikasjonskanal har nivå 1 eller 2 (HK-dir, udatert). Artiklene A, B, C, D og F hadde nivå 1, mens E og G hadde nivå 2 (se søketabell for oversikt over alfabetisering av artiklene).

2.3|Søkestrategi

I denne litteraturstudien ble det først foretatt ett pilotsøk innenfor temaet for å finne relevante søkeord og synonymer for disse som blir brukt i litteraturen. Før pilotsøket ble foretatt ble nettsiden: <https://mesh.uia.no/> tatt i bruk, denne nettsiden oversetter norske begrep innenfor medisin og helsefag til engelske Medical Subject Headings (MeSH). Ved bruk av denne siden ble f.eks «Hjemmesykepleie» til «Home Health Nursing». MeSH-begreper er standardiserte nøkkelord som automatisk inkluderer synonymer innenfor temaet (*PubMed (English): MeSH*, 2021). Søk med MeSH-begreper er ikke alltid nok, da det ikke alltid finnes begreper som passer til hva man leter etter, samt at artikler blir tildelt MeSH-begrepene manuelt, noe som fører til at nylig utgitte artikler ikke vil komme opp i søket (Radboud University Library, 2021).

Etter å ha dannet et grunnlag av søkeord ble disse tatt i bruk i databasene PubMed og CINAHL. Søkeordene ble satt inn i avanserte søk hvor både MeSH-begreper og tekst-søk ble tatt i bruk. Et eksempel på dette er MeSH-begrepet «Home Health Nursing» og tekst-søket «Home Care», som var brukt i noen artikler der det var snakk om hjemmesykepleie. Disse, samt flere begrep for hjemmesykepleien ble kombinert ved å bruke den boolske operatoren: OR. Boolske operatører er kombinasjonsord som benyttes for å utvide eller avgrense søket, hvor de vanligste boolske operatorene er AND, OR og NOT (Helsebiblioteket, 2016b).

Etter å ha lest mange artikler om sykepleieledet edukasjon kom det frem at egenomsorg står sentralt, og dermed ble det foretatt søk rettet mot edukasjon og egenomsorg («Self Care»).

Det ble i tillegg gjort håndssøk på nettsiden www.helsebiblioteket.no som er en kunnskapskilde som samler og gir gratis tilgang til fagprosedyrer, oppslagsverk, tidsskrifter, databaser og andre kunnskapsressurser for helsepersonell. Ved å søke på «hjertesvikt» ble «2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure» av McDonagh et al., 2021, funnet. Annen litteratur ble funnet ved å benytte NTNU Bibliotek for medisin og helse, og relevante pensumbøker tilhørende utdanningen Bachelor i Sykepleie ved NTNU ble tatt i bruk.

2.4|Søketabell

Tabell 3: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	05.05.2022	S1	(MH «Heart Failure+»)	År 2012-2022 og fagfellevurdert	22492	
		S2	MM «Home Nursing» OR		942	
		S3	«Home care»		7964	
		S4	«Homecare»		557	
		S5	(MH «Education+»)		394807	
		S6	(MH «Motivation+»)		54108	
		S7	(MH «Home Health Care +»)		15436	
		S8	«Home Health Nursing»		41	
		S9	S2 OR S3 OR S4 OR S7 OR S8		21637	
		S10	S1 AND S9		312	
		S11	S5 OR S7		428391	
		S12	S10 AND S11		106	2 (A, B)
CINAHL	02.05.2022	S1	(MH «Heart Failure+»)	År 2012-2022 og fagfellevurdert	222492	
		S2	(MH «Nurses+»)		66433	
		S3	«Homecare»		557	
		S4	MM «Home Nursing»		942	
		S5	(MH «Education+»)		394807	
		S6	(MH «Motivation+»)		54108	
		S7	S1 AND S2		285	
		S8	S3 AND S4		1480	
		S9	S5 AND S6		428391	
		S10	S7 AND S8		4	
		S11	S9 AND S10		1	1 (C)

CINAHL	06.05.2022	S1	(MH «Heart Failure+»)	År 2012-2022 og fagfelleverdert	222492	
		S2	(MH «Education +»)		397273	
		S3	(MH «Home Health Care+»)		15534	
		S4	(«Home Care»)		8004	
		S5	(MH «Home Nursing»)		1154	
		S7	S3 AND S4 AND S5		21659	
		S8	S1 AND S2 AND S3		105	1 (D)
PubMed	20.05.2022	S1	((Heart failure) AND (Home health care)) AND (Self care) AND (Education)	År 2012-2022 og fagfelleverdert	124	2(E, F)
CINAHL	20.05.2022	S1	(MH «Heart Failure+»)	År 2012-2022 og fagfelleverdert	22635	
		S2	(MH «Nurses+»)		66819	
		S3	(MH «Education+»)		396817	
		S4	(MH «Patient Education+»)		27547	
		S5	(MH «Readmission»)		10085	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		27	1 (G)

Inkluderte artikler

- A. Lay et al., 2019. Home Care Program Increases the Engagement in Patients with Heart Failure. *Home Health Care Management and Practice*, 31(2), 99–106.**
- B. Näsström et al., 2015. Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384–1396.**
- C. Toback, M., & Clark, N. 2017. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*, 53(1), 105–120.**
- D. Näsström et al., 2017 Participation in Care Encounters in Heart Failure Home-Care. *Clinical Nursing Research*, 26(6), 713–730.**

- E. Nordfonn et al., 2019. Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment. *J Clin Nurs*, 28, 1782–1793.**
- F. Clark et al., 2015. Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4S).**
- G. Rice et al., 2018. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. I *Patient Education and Counseling* (Bd. 101, Nummer 3, s. 363–374). Elsevier**

2.5|Vurdering og utvalg av artikler

Etter å ha lest overskrift og sammendraget til artiklene for å se om teamet var relevant, samt sett at artiklene faller innenfor inklusjonskriteriene, ble artiklene lest i sin helhet. Artiklene ble vurdert opp mot relevans til problemstillingen, og tidsskriftet de var publisert i ble i tillegg sjekket opp mot HK-dir sitt register over godkjente vitenskapelige publikasjonskanaler.

Deretter ble sjekklister fra Helsebiblioteket (2016a) for kritisk vurdering av de relevante studiedesign tatt i bruk for å gjøre vurderingen av artiklene lettere. Sjekklister har noen fellestrekk og inneholder noen generelle overordnede spørsmål som er:

- «Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
 - Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?
 - Kan du stole på resultatene?
 - Hva er resultatene?
 - Kan resultatene brukes i min praksis?»
- (Helsebiblioteket, 2016a)

2.6|Analyse av artiklene

Artiklene ble analysert ut ifra Evans (2002) analysemodell som deler innholdsanalysen inn i fire trinn. Trinnene er oversatt fra engelsk og er som følger:

Trinn 1: *Litteratursøk*

Trinn 2: *Identifisere hovedfunnene*

Gjennomgang av artiklene for å danne et helhetlig bilde av studien, hvor oppmerksomheten til leseren både går på detaljene som trekkes frem, samt hva artikkelen sier.

Trinn 3: *Finne temaer på tvers av studiene*

Identifisere temaer i artiklene og se om det er felles temaer på tvers av artiklene for så å samle dem. Ta i bruk undertemaer om dette er nødvendig.

Trinn 4: *Beskrivelse av temaene*

Beskriv temaene som er funnet og bruk eksempler fra hver artikkel.

For å gjennomføre trinn 2, ble det valgt å printe ut de relevante artiklene og markere hovedfunnene med markeringstusj. Trinn 3 ble utført etter å ha lest og markert alle artiklene ved å ta i bruk flere farger av markeringstusjer for å kunne markere og identifisere felles temaer på tvers av studiene ut ifra hovedfunnene, og temaene ble satt i tabell 4. Det kom ikke frem noen klare undertemaer, og grunnet at helseveiledning består av flere elementer som henger sammen og glir over i hverandre ble det vurdert til at «Helseveiledning og dens elementer» var et mer oversiktlig tema.

Tabell 4: Tema

Tema	Artikler
Pasientens syn og opplevelse av hjertesviktbehandling	B, E
Helseveiledning og dens elementer	A, C, D, F, G
Egenomsorg	A, G

Trinn 4 blir presentert under sitt eget hovedtema «Resultater» og deles inn i underkapitler etter temaene funnet i trinn 3.

3.0|Resultater

Alle artiklene ble grundig gått igjennom for å identifisere hensikten, problemet og forskningsspørsmålet i artikkelen, hvilken metode som ble tatt i bruk i studien og hva resultatet til forskningen ledet til. Artikkelens relevans for problemstillingen til denne oppgaven ble også kommentert og alle funnene ble presentert i artikkelmatrisen under (se, tabell 5). Deretter ble resultatene beskrevet ut ifra temaene som kom frem ved bruk av Evans (2002) analysemodell.

3.1 | Artikkelmatrise

Tabell 5: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A</p> <p>Lay et al., 2019. Home Care Program Increases the Engagement in Patients With Heart Failure. Home Health Care Management and Practice, 31(2), 99–106.</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut om standardisert undervisningsmateriale og bruken av «teach-back» metoden i undervisning av hjertesviktpasienter i hjemmebasertomsorg ville øke pasientens kunnskap og selvtillit rundt egenomsorgen av sin sykdom.</p>	<p>Kvalitativ metode hvor det ble tatt i bruk Johns Hopkins «Evidence-based practice (EBP)» tilnæringsmetodologi for å danne en EPB-protokoll for pasienter med hjertesvikt i hjemmetjenesten.</p> <p>Hjemmesykepleiere fikk opplæring i det standardiserte undervisningsmateriale, samt å evaluere pasienten, metoder for å bedre læring hos pasienten, evaluere pasientens sykdomsforståelse og rett dokumentasjonsmåte av pasientens respons.</p>	<p>Statistisk signifikant økning i pasientens evne til å gjenkjenne endring i sin situasjon, symptomer og igangsette tiltak mot disse.</p> <p>«Teach-back» metoden var nyttig for å undersøke pasientens kunnskap og hvor det eventuelt var hull.</p> <p>Studien viser til at evaluerings-verktøyene «Emotion Thermometers» og «Heart Zones» muligens gjorde pasientene mer engasjert og selvbevisste rundt sin situasjon.</p>	<p>Artikkelen viser at hjemmesykepleiere spiller en viktig rolle i undervisningen av hjertesviktpasienter.</p> <p>Evalueringsverktøy og tilpasset undervisningsmateriale til pasienter øker pasientens egenomsorg.</p>
<p>B</p> <p>Näsström et al., 2015. Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. Health Expectations, 18(5), 1384–1396.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter med hjertesvikt som mottar strukturert hjemmesykepleie beskriver deltakelsen i pleien.</p>	<p>Kvalitativ studie, hvor pasientene ble rekruttert fra fire forskjellige hjemmesykepleie-ytere i Sverige.</p>	<p>Pasientdeltakelsen kunne styrkes ved strukturert hjemmesykepleie.</p> <p>En balansegang mellom pasientens medbestemmelse, helsepersonells handlinger og verdier, samt organiseringen av pleie la til rette for økt deltakelse hos pasienten.</p> <p>Barrierer for deltakelse kan avhenge av helseorganisasjonen, mangel på kontinuitet av pleien og mangel på tillit til helsepersonellet.</p>	<p>Artikkelen trekker frem pasientperspektivet på strukturert hjemmesykepleie hos pasienter med hjertesvikt. Hvilke faktorer som fører til økt deltakelse og hvilke faktorer som ikke gjør dette.</p>

<p>C</p> <p>Toback, M., & Clark, N. 2017. Strategies to improve self-management in heart failure patients. <i>Contemporary Nurse</i>, 53(1), 105–120.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke og identifisere strategier som spiller en rolle i forbedringen av hjertesviktpasientens selvledelse, ved å se på undervisning, og psykiske strategier og atferdsstrategier.</p>	<p>Systemisk oversiktsartikkel, som baserte seg på The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) – statement, som er et sett kriterier for kvalitetssikring av systemiske oversiktsartikler.</p>	<p>Pasienter med bedre selvledelse har bedre livskvalitet, og færre re-hospitaliseringer.</p> <p>Helsepersonells undervisning, engasjement, deltakelse, oppfølging og støtte rundt pasientens egenomsorg økte pasientens livskvalitet og reduserte dødeligheten.</p>	<p>Artikkelen tar for seg både interne og eksterne faktorer som påvirker pasientens selvledelsesevne. Kjennskap til disse punktene og hvordan de kan påvirke pasienten vil kunne føre til en bedre tilnærming når det kommer til helseveiledning.</p>
<p>D</p> <p>Näsström et al., 2017 Participation in Care Encounters in Heart Failure Home-Care. <i>Clinical Nursing Research</i>, 26(6), 713–730.</p>	<p>Hensikten med den kvalitative studien var å observere pleie/behandlingssituasjoner ved hjemmebesøk hos pasienter med hjertesvikt for å identifisere og beskrive deltakelsen i behandlingen.</p>	<p>Kvalitativ studie. Data fra videoopptak fra 19 hjemmebesøk ble analysert ved å bruke en kvalitativ innholdsanalyse metode. 17 hjertesviktpasienter fra 3 hjemmesykepleie-ytere i Sverige var med i studien.</p>	<p>To hovedtema som førte til deltakelse ble identifisert: «Deltakelse i pleien/behandlingen ble muliggjort gjennom interaksjon mellom pasient og sykepleier» og «Deltakelse i pleien/behandlingen ble gjort mulig gjennom brukermedvirkning»</p> <p>Under interaksjon ligger underbegrepene: pleierelatert informasjon og pleierelatert begrunnelse/argumentasjon og samarbeid.</p> <p>Under brukermedvirkning var undertemaene: pasientens egne ønsker, aktiv interesse fra pasienten om behandlingen, sykepleierengasjement og åpen dialog.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den tar for seg holdninger til helsepersonell og/eller struktur til pleien som fører til en aktiv pasientdeltakelse.</p>
<p>E</p> <p>Nordfonn et al., 2019. Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasienter med kronisk hjertesvikt sitt syn på belastning av behandlingen og egenomsorg rundt sin sykdom.</p>	<p>Kvalitativ studie, med semi-strukturerte intervjuer. Studien fulgte COREQ-retningslinjene for kvalitative studier og intervjuene ble analysert etter Malteruds systematiske tekstkondenseringsmetode.</p>	<p>Fra analysen av intervjuene kom det frem at det var to hovedtema rundt belastningen av behandlingen og egenomsorgen rundt hjertesvikt.</p> <p>Disse var «emosjonell utfordring» og «Plagsom/utfordrende egenomsorg»</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen siden den gir ett innblikk i hvordan hjertesvikt pasienter ser på sin tilværelse og hva de ser på som problematisk. Den trekker frem at</p>

treatment. *J Clin Nurs*, 28, 1782–1793.

17 pasienter med kronisk hjertesvikt boende i hjemmet ble rekruttert gjennom tilhørighet til en poliklinikk på et av universitetssykehusene i Norge.

Studien viser at hjertesviktpasientene erfarte egenomsorg og behandlingen som anstrengende og emosjonelt utfordrende, og at dette skyldes dårlig informasjon og veiledning, dårlig koordinert pleie, krevende legemiddelbruk (ta medisiner til rett tid og bivirkninger av disse) og at selvmonitorering av symptomer var slitsomt/krevende.

problematikken rundt hjertesvikten både går på det emosjonelle og egenomsorg «arbeidet».

Selv om disse pasientene ikke har hjemmesykepleie ses den som relevant da den trekker inn problematikk rundt sviktpasientene og at de ikke føler oppfølging poliklinisk er tilfredsstillende.

F
Clark et al., 2015. Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4S).

Evaluerer effekten av undervisning og brukerstøtteintervensjon i hjemmet til pasienter med hjertesvikt. Sekundært var å undersøke hva sviktpasientene syntes om å delta i intervensjonen.

Kvantitativ metode. Resultater ble innhentet hver 3 måned (3, 6 og 9 måned) i pasientenes hjem og var basert på ulike screeningskjema med faste svaralternativer.

Randomisert kontrollstudie med pasienter som lever med kronisk hjertesvikt. Det var 2 grupper pasienter, en kontrollgruppe og en gruppe som mottok intervensjon.

Studien gikk over 9 måneder hvor pasientene fikk undervisning i hjemmet rettet mot egenomsorg og mestring de 3 første månedene. Oppfølging over telefon ble også utført. De neste 3 månedene var kontakt kun over

Pasientene som mottok intervensjonen viste en signifikant bedring i funksjonell status, egenomsorg, mestringstro, livskvalitet og kunnskap om hjertesvikten.

Artikkelen er relevant siden den viser effekten av intervensjon i hjemmet til pasienter med hjertesvikt, og at effekten ser ut til å ha en varende effekt etter grunnkunnskaper er opparbeidet.

telefon eller e-post og de resterende 3 månedene var uten kontakt.				
<p>G Rice et al., 2018. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. I <i>Patient Education and Counseling</i> (Bd. 101, Nummer 3, s. 363–374). Elsevier</p>	<p>Hensikten med denne systematiske oversiktsartikkelen var å trekke frem effekten av sykepleieledet 1:1 pasientundervisning til hjertesviktpasienter på livskvalitet, re-innleggelser og kostnader hos pasienter som bor i hjemmet.</p>	<p>Systemisk oversiktsartikkel som tar for seg randomiserte kontrollstudier som omhandler sykepleieledet 1:1 pasientundervisning av hjertesviktpasienter.</p>	<p>Resultatene funnet i den systemiske oversiktsartikkelen er at sykepleieledet undervisning har en positiv effekt på pasientutfallet. To studier viser til at sykepleieledet undervisning førte til redusert forekomst av hospitalisering og tre av studiene viste til at antall re-innleggelser ble redusert med tilsvarende undervisning i etterkant. To av studiene antydte at livskvaliteten ble bedret og to studier hevder at kostnadene av hjertesviktpasientene ble redusert. En av studiene hevdet at selv om sykepleieledet edukasjon er kostnadseffektivt så var det ikke sikkert at det var kostnadsparende</p>	<p>Artikkelen er relevant for problemstillingen siden den viser til at sykepleieledet undervisning har en positiv effekt på pasientene og at undervisningsmetoden og sted ikke nødvendigvis spiller en rolle. Artikkelen inkluderte undervisning over telefon, på poliklinikk og i hjemmet</p>

3.2|Tematisk analyse

3.2.1|Pasientens syn og opplevelse av hjertesviktbehandling

I den kvalitative studien til Näsström et al. (2015) ble det funnet at hjertesviktpasientene som mottok hjemmesykepleie følte at hjemmebesøket ga mer tid og rom til å kommunisere mellom pasient og helsepersonell. Hvor én pasient uttrykte at det var lettere å snakke med hjemmesykepleieren enn å ringe fastlegen som det virket som hadde dårligere tid.

Hjemmebesøk skapte muligheter for å gi pleierelatert informasjon, praktiske råd og svar til spørsmål som baserte seg ut ifra pasientens individuelle situasjon (Näsström et al., 2015). De fleste av sviktpasientene i studien til Näsström et al. (2015), ønsket informasjon om hva og hvorfor pleie ble gjort og en klar beskjed om deres helsestatus, testresultater, resultater av behandlingen og om det fantes andre behandlingsalternativer. Åpenheten rundt pleien førte til at pasientene følte de forstod hvorfor ulike tiltak og monitoreringer ble gjort.

Nordfonn et al. (2019) fant i sin studie at hjertesviktpasientene som bor i hjemmet, men som ble fulgt opp poliklinisk erfarte egenomsorg og behandlingen som anstrengende og emosjonelt utfordrende. Flere av pasientene følte at deres reduserte kapasitet og begrensninger som følge av svikten gikk ut over deres evne til god egenomsorg og at behandlingsregimet var overveldende og vanskelig å få en god oversikt over.

13 av de 17 pasientene som deltok i studien rapporterte at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og informasjon relatert til sin hjertesvikt, behandling og egenomsorg (Nordfonn et al., 2019). Noen av disse uttrykket frustrasjon rundt følelsen av å bli forlatt alene uten noen som kunne ta vare på dem på en strukturert måte. Nordfonn et al. (2019) viser til et at et overtall av pasientene etterspurte mer kunnskap rundt diett, aktivitet/trening, symptommonitorering og hjertesvikt generelt. Mangelen på kunnskap førte til en følelse av inkompetanse rundt det å utføre egenomsorg og håndtere svikten (Nordfonn et al., 2019).

3.2.2|Helseveiledning og dens elementer

I den systematiske oversiktsartikkelen til Toback & Clark, (2017), trekker de frem at utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter kan skape en mengde misforståelser rundt hjertesvikten og dette kan føre til inkompetanse rundt selvledelse og egenomsorg. Av undervisningsmateriellet som ble gitt til pasienter og brukt i artiklene de inkluderte i sin oversiktsartikkel, lå informasjonsnivået på rundt 5-6 klasse og 10-12 klasse. Toback & Clark, (2017) viser til at «Teach-back»-metoden, spørre spørsmål relatert til undervisningsmaterialet og informasjonen gitt, repetisjon og gjennomgang av materialet, samt det å holde seg til kun fire tema per under undervisning- og veiledningsøkt, kan bedre pasientens absorpsjon og forståelse av undervisningsmateriellet.

Pasienters helsekompetanse spiller en viktig rolle i pasientens evne til egenomsorg, og det er dermed viktig å vurdere pasientens helsekompetanse og finne undervisningsaktiviteter og materiell som passer til hver enkelt pasient. Ved å hjelpe pasienten med å forstå undervisningsmateriellet og sin helse situasjon vil helsekompetansen til pasienten øke (Toback & Clark, 2017).

Lay et al., 2019 fant i sin studie at individuelt tilpasset undervisning og vurdering i hjemmet er essensielt for at pasienten skal tilegne seg trygg og korrekt kunnskap rundt egenomsorg av hjertesvikt. Det ble også funnet at «Teach-back»-metoden var en egnet metode for å sikre at pasienten har oppfattet og forstått informasjonen gitt, og dermed kunne eventuelle hull i forståelsen tettes eller korrigeres.

Clark et al., 2015, fant i sin studie at undervisning og brukerstøtte intervensjon til pasienter med hjertesvikt ga en signifikant bedring i funksjonell status, egenomsorg, mestringstro, livskvalitet og kunnskap om hjertesvikten. Dette til tross for at kontrollgruppen mottok helsepromoteringsmaterieell uten fokus på hjertesvikt, men generell bedring av helse, og var bestående av hjertesviktpasienter med et likestilt undervisningsnivå som intervensjonsgruppen.

Tre av artiklene tatt med i oversiktsartikkelen til Rice et al., (2018), viste at sykepleieledet undervisning reduserte forekomsten av reinnleggelse i forhold til kontrollgruppen. Det var variasjon i undervisningsmetoden, fra skriftlig undervisningsmaterieell til kun muntlig undervisning, men felles for alle var at pasientene ble oppfulgt ved et senere tidspunkt per telefon, hvor det pedagogiske budskapet ble forsterket.

Ut ifra videoopptakene fra hjemmebesøk til pasienter med hjertesvikt observerte Näsström et al., 2017, at informasjon mellom sykepleier og pasient kunne bli initiert fra begge parter. Noen av pasientene informerte om og beskrev egenomsorgen og symptom-monitoreringene de hadde gjort, og sykepleier ga informasjon, støttet og/eller råd rundt dette.

Videoopptakene viste at pasientene var deltakende i hjemmesykepleien som ble utført ved at de var spørrende, informerte om symptomendringer, lyttet til råd, var medbestemmende i pleien. Ved at sykepleier viste engasjement og omtanke og var imøtekommende og inviterte til dialog la til rette for økt deltakelse hos pasientene (Näsström et al., 2017).

3.2.3|Egenomsorg

To studier i oversiktsartikkelen til Rice et al., 2018, fant en reduksjon i antall hospitaliseringer av hjertesviktpasienter som mottok sykepleieledet-undervisning. Den ene studien fant at i løpet av en treårs-periode ble 28.5% av pasientene i intervensjonsgruppen hospitalisert i motsetning til kontrollgruppens 35.1%. Studien konkluderte med at denne nedgangen i hospitaliseringer skyldes jevnlig kontakt med sykepleier, som forsterket egenomsorgen og etterlevelse av behandlingen.

Lay et al., 2019, brukte «The Self-Care of Heart Failure Index» (SCHFI) til å måle bedring av egenomsorg ved bruk av standardisert undervisningsmaterieell og «Teach-back»-metoden. SCHFI-resultatet til pasientene som var med i studien viste en signifikant forbedring i egenomsorg av hjertesvikt og pasientens selvtillit til å monitorere symptomer og forandringer i sin situasjon, og igangsette intervensjoner og vurdere resultatene av dette. Pasientene fikk i tillegg en plakat av «Heart Failure Zones», (vedlegg 2) som tok for seg viktige egenomsorgstiltak og plakaten ble strategisk plassert i nærheten av vekten og slik at den ble sett hver dag.

4.0|Diskusjon

I dette kapittelet drøftes teori og resultatene fra forskningen opp mot problemstillingen:

«Hvordan kan hjemmesykepleien fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning?»

4.1|Pasientens opplevelse av hjertesviktbehandling og møte med helsevesenet

Hjertesvikt er en progredierende tilstand som er kjent med å ha hyppige hospitaliseringer og reinnleggelse, og når det kommer til behandlingen av hjertesvikt, er det mange aspekter sviktpasientene må ha kunnskap om og ta stilling til. Det kreves en god etterlevelse av den medikamentelle behandlingen som kan gi betydelig overlevelsesgevinst og symptomlette (Eikeland et al., 2020, s.256). I tillegg til den medikamentelle behandlingen har pasientene flere forebyggende egenomsorgstiltak de bør forholde seg til.

Nordfonn et al., (2019) fant i sin studie at hjertesviktpasienter boende i hjemmet erfarte behandlingen og egenomsorgen som både anstrengende og emosjonelt utfordrende. Et stort flertall av pasientene i studien ga uttrykk for at etterlevelsen av legemiddelbehandlingen var krevende da det var behov for mange typer medisiner som skulle tas daglig og til forskjellige tidspunkt, hvor noen ga uønskede bivirkninger. Pasientene fikk oppfølging for hjertesvikten poliklinisk her i Norge og mange følte på frustrasjon og følelsen av å bli forlatt på egenhånd uten noen som tok hånd om dem på et strukturert vis.

Derimot viser studien til Näsström et al., (2015), at hjertesviktpasienter som mottok hjemmesykepleie, erfarte bistanden i hjemmet som mindre preget av tidspress enn andre helsetjenester. Dette medførte at pasientene syntes det var lettere å ta opp bekymringer og spørsmål. De fikk bekreftet sine egne tanker rundt symptom-monitorering og egenomsorg, og bistand til å ta kontakt med annen helsehjelp om nødvendig.

I hjemmesykepleien kan pasientene ha vedtak om «Legemiddeltilsyn» eller «Legemiddelhåndtering» hvor pasienten får besøk av helsepersonell ved tidspunktene medisineren skal tas og pasienten blir enten observert at de tar rett medisin eller de blir gitt rett medisin (Birkeland & Flovik, 2018, s.67). Det kan tenkes at deler av pasientgruppen som mottok hjelp poliklinisk hadde hatt behov for et slikt vedtak, da forskning har vist at 20-46% av hjertesviktpasienter har en dårlig etterlevelse av behandling og egenomsorg rundt sin sykdom (Nordfonn et al., 2019).

Behovene for egenomsorg ved helseavvik innebar ifølge Orem (2001) å søke og sikre rett helsehjelp, monitorere symptomendringer, etterlevelse av behandlingen, selvaksept med pleiebehovet og sin helsetilstand og lære å leve med hva sykdommen måtte innebære. Situasjonen som pasientene i Nordfonn et al., (2019) sin studie beskriver, vil kunne ses på som egenomsorgssvikt, da etterlevelsen av behandlingen og egenomsorg sto i fare og var

både krevende og emosjonelt utfordrende for pasienten. Ved behov for sykepleieintervensjon ved egenomsorgssvikt trakk Orem (2001) frem fem metoder for å hjelpe: utføre handlingen for pasienten, veilede, støtte, tilrettelegge for utvikling, og undervise. Hver av disse fem metodene kan tas i bruk ved vedtak om hjelp til medisinerings. Sykepleier må vurdere behovet til den individuelle pasienten og intervensjonen faller enten under et delvis kompenserende eller støttende-pedagogisk sykepleiesystem.

Pasientene i Näsström et al., (2015) viste tillit til sykepleiere, og stolte på at behandlingen og eventuell forverring ville bli oppdaget og behandlet. I følge Eide & Eide (2018, s.26-27), innebærer det å vise andre tillit, å gi fra seg makt, ta risiko og slippe kontrollen, og at pasienten viser tillit til helsepersonellet på bakgrunn av antagelse om at de sitter på den nødvendige kompetansen for helsehjelp. Denne tilliten ga økt deltakelse i behandlingen og pasientene følte at sykepleieren dekket kompetanseområdene hvor pasienten ikke følte de hadde tilstrekkelig forståelse eller kunnskap (Näsström et al., 2015). Ved mangel eller tvil om mangel på sykepleierens kunnskap ble det dannet mistillit da kommunikasjonen mellom pleier og pasient ble utilstrekkelig utfyllende (Näsström et al., 2015).

Hjemmesykepleien kan ha en annen tilnærming til pasientrelasjonen og helseveiledningen enn på sykehuset da hjemmesykepleien arbeider under et annet tidsperspektiv (Birkeland & Flovik, 2018, s.47). Kontinuitet i pleien styrket tilliten, da pasientene visste at sykepleieren hadde kunnskap om pasientens kunnskap og ønsker, derimot kunne mangel på kontinuitet ved nye pleiere føre til mistillit og frustrasjon da pasienten følte de måtte starte på nytt (Näsström et al., 2015).

4.2|Helseveiledning og dens funksjon i fremming av egenomsorg

Helseveiledning er ifølge Christiansen (2017a, s.14-15) en profesjonell samtale hvor målet med veiledningen går ut på at pasienten og pårørende skal kunne lære om og mestre sykdomssituasjonen. Kunnskap, forståelse og kompetanseutvikling hos pasienten regnes som fundamentale elementer i å muliggjøre pasientens evne til egenomsorg (Toback & Clark, 2017). Prosessen ved helseveiledning går ut på å trekke inn fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon ut ifra pasientens egen helsekompetanse.

Det er viktig å vurdere pasientens helsekompetanse, da dårlig helsekompetanse henger sammen med dårligere helseresultat (Toback & Clark, 2017). Dårlig helsekompetanse betyr at pasienten har problemer med å forstå undervisningsmaterieil og informasjon som blir gitt, og det er dermed viktig å innse at helsekompetansen til pasienten henger sammen med pasientens evne til å utføre egenomsorg. Etter å ha vurdert pasientens helsekompetanse trekker Toback & Clark (2017) frem at informasjon og læringsaktivitetene må individualiseres slikt at hver pasient får helseveiledning best egnet for dem. Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon ses på som sentralt i utviklingen av pasientens ferdigheter og helsekompetanse, dette ved at pasienten får hjelp til å forstå undervisningsmaterieilet og dermed får høyere forståelse rundt sin situasjon (Finbråten, 2018, s. 87).

Denne formen for tilrettelagt informasjonsgivning dekkes av pasient- og brukerrettighetsloven -pbrl §3-2 og §3-5 og sykepleiers yrkesetiske retningslinjer 2.5 (2019). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det lovfestet at pasienten skal ha den nødvendige informasjonen for å få innsikt i helsehjelpen og sin helsetilstand, og skal i tillegg informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Videre i § 3-5 er det lovfestet at informasjonen som gis skal tilpasses mottakeren individuelt ut ifra pasientens forutsetninger, samt at det

skal sikres at mottakeren har forstått innholdet. Sykepleierens yrkesetiske retningslinje 2.5 sier:

«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.»

(Norsk Sykepleie Forbund, 2019)

Prosessvurdering som er et element i helseveiledningen, er en fortløpende vurdering av hvor og hvordan pasienten ligger an i et læringsforløp. Dette kan være relatert til forståelse, kunnskapshull og mestring av egenomsorgstiltak (Christiansen, 2017b, s.74-75). Lay et al., (2019) fant i sin studie at «Teach-Back»-metoden var en egnet metode for å forsikre seg at pasienten hadde forstått den undervisningen som var gitt og dermed kunne eventuelle hull i forståelsen korrigeres. «Teach-Back»-metoden baserer seg på at pasienten skal gjenfortelle informasjon eller vise sykepleieren hva de har øvd på, og hvis pasienten ikke klarer å gjenfortelle eller vise, må sykepleieren demonstrere på nytt og muligens med en annen tilnærming (Gjørsv, 2021).

Innenfor pedagogikken forbindes undervisning med formidling av kunnskap, hvor undervisningen kan innebære å vise, forklare, demonstrere og informere (Christiansen, 2017b, s.70-71). Clark et al., (2015) gjennomførte sykepleieledet undervisning og brukerstøtteintervensjon til pasienter med hjertesvikt hvor undervisningen var strukturert for å bygge opp pasientens og pårørendes kunnskap rundt: hjertesvikt, vanlige symptomer og hvorfor de forekommer og spesifikke egenomsorgstiltak som er viktige for sviktpasienter. Undervisningen foregikk over 9 måneder hvor repetisjon av forrige økts tema ble gjennomgått. Intervensjonen ledet til en økning i egenomsorg, mestringstro, funksjonell status og livskvalitet. 96% av de deltagende pasientene rapporterte intervensjonen som «veldig nyttig» (Clark et al., 2015). I oversiktsartikkelen til Rice et al., (2018), ble det funnet at sykepleieledet undervisning reduserte hospitaliseringer, reinnleggelser, kostnader og økte livskvalitet. En av studiene konkluderte med at reduksjonen av hospitaliseringer var grunnet jevnlig kontakt med helsepersonell som forsterket etterlevelsen av behandling og egenomsorgen. Dette viser til at sykepleieledet undervisning kan legge til rette for at pasienten kan lære og mestre sin situasjon, hvor Clark et al., (2015) fant at den økede helsekompetansen holdt seg etter 3 måneder uten kontakt.

Undervisningsmetoden og mediet brukt i pasientundervisningen i artiklene inkludert i oversiktsartikkelen til Rice et al., (2018) varierte fra kun dialog over telefon, dialog ansikt til ansikt og undervisning i hjemmet med undervisningsmaterieell som hjelpemiddel. Felles for disse var at alle viste en signifikant bedring i flere parametere når det kom til hjertesvikt. Derimot hevder Lay et al., (2019), at individuelt tilpasset undervisning i hjemmet er essensielt for at pasienten korrekt og trygt skal kunne tilegne seg kunnskap rundt egenomsorg av hjertesvikt. Det kan tenkes at grunnen til dette er at hjemmet kan by på egne utfordringer når det kommer til pasientens funksjonsevne som ikke kan fanges opp på sykehuset eller over en telefonsamtale. Christiansen, (2017a, s18) forteller at pasientene ofte kan mestre sin situasjon på sykehuset, men oppleve hjemmesituasjonen som utfordrende og som en barriere for egenomsorg, hvor en konsekvens av dette kan være behov for reinnleggelse. Det er vist at tilpasset informasjon og veiledning i hjemmesituasjon kan føre til en lettere overgang til mestring i hverdagen (Christiansen, 2017a, s.18).

Helseveiledning stiller krav til at pasienten er medvirkende i behandlingsprosessen, og Näsström et al., (2017) fant i sin studie at deltakelse blant pasienter ble gjort mulig ved at

pasient og sykepleier kommuniserte sammen og at sykepleier var imøtekommende og åpen for dialog om pasientens ønsker, tanker og bekymringer. En dialog bygger på at en part tar initiativ og at den andre parten responderer (Eide & Eide, 2018, s. 34), og videoopptakene fra pleiesituasjonene i hjemmesykepleien i studien til Näsström et al., (2017) viser at både sykepleier og pasienten kunne være den initierende parten. Kommunikasjonen i interaksjonen var både verbal og nonverbale. Gjennom dialogen kunne pasienten spørre og bekrefte tanker rundt egenomsorgstiltak og ha medvirkning på pleien, ved at pasienten fortalte om økende ødemer og et ønske om at sykepleier skulle ta en titt. Pasientdeltagelsen kan ifølge Näsström et al., (2017) også bli begrenset om pleien er tidspresset og/eller oppgaveorientert. Arbeid i helsesektoren kan være preget av knapphet med tid, hvor helsepersonellet gjerne skulle ønsket å bruke mer tid med pasientene (Ingstad, 2013, s.167). Dette er også et kjent fenomen i hjemmesykepleien hvor det sies at man «jobber mot klokken». Orvik (2015, s.91) ser på tid som en knapphetsressurs som er avhengig av prioritering av dagens gjøremål og bemanningen, og understreker at kvalitet i arbeidet forutsetter tilstrekkelig tid.

4.3|Tilrettelegging for Egenomsorg

Oversiktsartikkelen til Rice et al., (2018) fant at sykepleieleddet-undervisning til pasienter med hjertesvikt hadde en positiv effekt på flere aspekter ved egenomsorg. Dette medførte reduksjon i samfunnskostnader i form av færre hospitaliseringer og reinnleggelse, samt en økning i pasientens subjektive livskvalitet. En av studiene relaterte i tillegg reduksjonen i hospitaliseringer til jevnlig kontakt med sykepleiere som forsterket etterlevelsen av behandling og egenomsorgstiltakene.

Kontakten med hjemmesykepleien varierer derimot fra pasient til pasient. Hvor form og hyppighet av kontakten også kan variere ut ifra hvilke vedtak som har blitt fattet hos den enkelte pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s.26). Noen pasienter har hyppig besøk da de f.eks. ikke mestrer å etterleve legemiddelbehandlingen uten bistand, mens andre mestrer utlevering av dosett eller multidoser annenhver uke. Pasientens helsekompetanse og egenomsorgsevne må derfor bli tatt i betraktning når det skal tilrettelegges for egenomsorg. For pasienter som ikke mestrer det å ta medisiner til rett tid, men ellers mestrer andre aspekter ved egenomsorgen, kan bruken av velferdsteknologi være et alternativ. Velferdsteknologi kan bidra til at enkeltindividet gis mulighet til å mestre sin helse bedre basert på sine egne premisser (Ingstad, 2013, s.220). En medisindispenser som varsler og gir medisin til rett tid vil kunne øke pasientens egenomsorg, samtidig kan det tenkes at dette frigjør tid for helsepersonellet da et legemiddeltilsyn ikke vil være nødvendig etter at det har blitt observert rett bruk av dispenseren. Tiden spart kan øke kvaliteten av pleien hos en annen pasient, da Orvik (2015, s.91) hevder kvalitet forutsetter tilstrekkelig tid.

En studie i oversiktsartikkelen til Rice et al., (2018) relaterte jevnlig kontakt med sykepleiere som viktig i etterlevelsen av behandling og egenomsorgstiltakene. Derimot var det ikke spesifisert hvilket tidsperspektiv eller form «jevnlig kontakt» innebar. Det kan dermed tenkes at et ukentlig ringetilsyn med oppfølging av pasienten vil være gunstig, samt at det settes av tid til dialog ved utlevering av medisiner.

I undervisningsmateriellet som ble gitt til pasientene i studien til Lay et al., (2019) fulgte det med en plakat: «Heart Failure Zones (vedlegg 2) som tok for seg viktige egenomsorgstiltak,

symptomer på forverring og handlingsplan ved nevnt forverring. Dette ble vist til å ha god effekt på etterlevelsen av behandlingen. Plakaten be hengt godt synlig og i nærheten av vekten da det å monitorere vekte hver dag ses på som en viktig del av egenomsorg og symptom-monitoreringen. Nordfonn et al., (2019) fant at noen av pasientene syntes det var vanskelig å etterleve egenomsorgstiltakene gitt og at de kun hadde en overfladisk forståelse av symptomene og hva endring innebar. Det kan tenkes at pasientgruppen til Nordfonn et al., (2019) ville mestret sin hverdag bedre med et slikt verktøy til rådighet.

Koordinering og samarbeid mellom de ulike helseforetakene er også viktig for å tilrettelegge for pasientens egenomsorg, da pasientene kan føle seg forlatt på egenhånd (Nordfonn et al., 2019). Helseplattformen som er i lanseringsfasen i Helse Midt-Norge har som hensikt å øke samhandling og kontinuiteten i pasientbehandlingen og gi økt pasientsikkerhet, samt øke pasientens oversikt og informasjon over sin egen behandling i pasientportalen HelsaMi (Helseplattformen, 2022).

4.4|Implikasjoner for sykepleien

Funnene gjort i denne litteraturstudien har implikasjoner for sykepleien ved at den viser at helseveiledning er egnet for å fremme egenomsorgen blant hjertesviktpasienter. Det tyder på at den sykepleielede undervisningen må individualiseres og tilrettelegges ut ifra pasientens helsekompetanse. Individualiseringen bør være basert ut ifra en forskningsbasert standardisert kunnskapspakke med informasjon og hjelpeverktøy som dekker flere kunnskapsnivå.

Det vises også til viktigheten av koordinering og samarbeid blant de ulike helseforetakene, enten det er gjennom Helseplattformen eller andre plattformer. Pasientportalen HelsaMi kan også bli et nyttig redskap i pasientens egenomsorg da den kan bidra til økt pasientdeltakelse gjennom informasjon og muligheten til å endre/bestille timeavtaler (Helseplattformen, 2022). Tilgangen til dette redskapet kan føre til utviklingen av nye metoder for fremming av egenomsorg.

4.5|Metoderefleksjon/kritikk

Denne delen av diskusjonen reflekterer rundt metodedelen av litteraturstudien og prøver å trekke frem metodedelens styrker og svakheter. Inklusjonskriteriene: Publisert i 2012-2022, fagfelleurdert og utgitt i godkjente vitenskapelige publiseringskanaler med nivå 1 eller 2, styrker oppgaven ved: Det spesifiserte tidsrommet sikrer at oppgaven baserer seg på nyere forskning, fagfellevurderingen er en kvalitetssikring av forskningsbidraget og nivå 1 eller 2 av godkjente vitenskapelige publikasjonskanaler sikrer at tidsskriftet artikkelen er utgitt i oppfyller HK-dir sine kriterier for publikasjonskanaler.

Dalland, (2017) oppfordrer til å ta i bruk primærkilder da informasjonen ikke er avledet fra noen andre. Derav er det en svakhet i oppgaven at det er inkludert to systematiske oversiktsartikler som regnes som en form for sekundærlitteratur, da slike studier har som formål å samle og oppsummere resultater en rekke primærstudier innen et avgrenset fagområde. Selv om slike artikler skal være objektive, blir det tolkning av primærkildene.

Dorothea Orems egenomsorgsteori sto relevant for oppgaven, og av den grunn ble boken «Nursing: concepts of practice» som er primærkilden til denne teori oppsøkt på universitetsbiblioteket. Om bruken av denne primærkilden er en styrke eller svakhet ved oppgaven er derimot vanskelig å si, da boken er tykk og består av mange sider med informasjon som forklarer og bygger opp konteksten rundt egenomsorgsteorien. Oppgavens tidsbegrensning førte til at det ikke var mulig å sette seg ordentlig inn i konteksten slik at tolkningen og avledningen av teorien kan være preget av dette.

Selv om søk og litteraturutvalget ble tilstrebet til å være objektivt, er man aldri 100% nøytral. Dette kommer av at man ofte underbevisst tar valg ut ifra sin egen forståelse og erfaring og dette kan medføre at man er selektivt i utvalg av artikler på bakgrunn av dette. Det er av den grunn ofte to eller flere forskere som gjennomfører litteratursøk individuelt, men med de samme kriteriene, som utført i den systematiske oversiktsartikkelen til Toback & Clark, (2017). Ut ifra at oppgaven ble skrevet individuelt ble det ikke sett på som relevant å inkludere én person til for å gjennomføre søk og utvalg av litteratur.

En svakhet er at oppgaven er relativt kort og skulle gjennomføres innen en begrenset tidsramme. Med lengre tid kunne søket ha blitt utvidet, tatt i bruk flere databaser og kanskje andre relevante MeSH-begrep hadde blitt funnet.

Opgaven tar i tillegg og sammenligner resultater fra blant annet en svensk og en norsk studie. Selv om vi er naboer, er det nok en del strukturelle og økonomiske forskjeller som påvirker hvordan helsetjenesten og hjemmesykepleien fungerer i praksis. Det er særlig store forskjeller når det kommer til Norge og USA, hvor pasientens etterlevelse av den medikamentelle behandlingen også skyldes om pasienten hadde råd til innkjøp av medisiner eller ikke. Dermed ble det prøvd å se etter grunnleggende prinsipper på tvers av landegrensener som kunne ha innvirkning på egenomsorgen og trekke paralleller ut ifra disse.

4.6|Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan hjemmesykepleien kan fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter gjennom helseveiledning. Et systematisk litteratursøk ble gjort, og syv artikler ble vurdert som relevant for oppgavens problemstilling i henhold til de valgte inklusjonskriteriene. Analysen ble gjort med utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell. Studiene viser at pasienters opplevelser med hjertesviktbehandling er varierende, og at faktorer som tillit mellom pasient og pleier, tilstrekkelig med tid, mestring, og god kommunikasjon bidrar til god helseveiledning. Videre viser litteraturen at individualisert helseveiledning bidrar til økt helsekompetanse og egenomsorg. Studien viste også at metoder som repetisjon og bruk av «Teach-back»-metoden førte til at pasienten satt igjen med et større utbytte av undervisningen og informasjonen gitt.

Litteraturen viser i tillegg til at hjemmesykepleien kan være en egnet arena for behandling og oppfølging av hjertesviktpasienter da hjemmesykepleien arbeider ut ifra et annet tidsperspektiv og observerer eventuelle hinder for egenomsorg i hjemmet, samt at jevnlig kontakt med helsepersonell ble vist til å øke etterlevelsen av behandling og gi økt egenomsorg.

Det er behov for utforming av en forskningsbasert standardisert kunnskapspakke, slik at sykepleiere baserer individualiseringen av helseveiledningen ut ifra en nasjonalstandard, og forskning på hvordan denne best kan implementeres.

|Referanser

- Arnesen, H. (2019). minuttvolum. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 5. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/minuttvolum>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Broch, K. (2022). hjertesvikt. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 5. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/hjertesvikt>
- Christiansen, B. (2017a). Helseveiledning - hva menes. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2017b). Tilrettelegging, Metodikk, Endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 67–76). Gyldendal Akademisk.
- Clark, A. P., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., Meraviglia, M., Delville, C., & Davila, A. (2015). Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4S).
https://journals.lww.com/jcnjournal/Fulltext/2015/07001/Health_Status_and_Self_care_Outcomes_After_an.2.aspx
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugeland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 252--262). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12537149>
- Finbråten, H. S. (2018). Health Literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende Sykepleie - I teori og praksis* (2. utg., s. 86–110). Vigmostad & Bjørke AS.
- Gjørsv, A. S. (2021). *Dette kan du oppnå med Teach-back*. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring.
[https://rkppo.no/helsekommunikasjon/helsepersonells-kompetanse/klinisk-kommunikasjon/metoder-til-klinisk-kommunikasjon/teach-back-metode/#:~:text=Teach back er en konkret,helsepersonell har oppfattet pasienten riktig.&text=Vi anbefaler at du med,på hvor g](https://rkppo.no/helsekommunikasjon/helsepersonells-kompetanse/klinisk-kommunikasjon/metoder-til-klinisk-kommunikasjon/teach-back-metode/#:~:text=Teach%20back%20er%20en%20konkret,helsepersonell%20har%20oppfattet%20pasienten%20riktig.&text=Vi%20anbefaler%20at%20du%20med,p%C3%A5%20hvordan%20gj%C3%B8re%20det)
- Helsebiblioteket. (2016a). Sjekklister. *Helsebiblioteket*. Hentet 15. mai fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms%0A%0A>
- Helsebiblioteket. (2016b). *Søketeknikker*. Helsebiblioteket. Hentet 15. mai fra <https://www.helsebiblioteket.no/249234.cms%0A%0A>
- Helsedirektoratet. (2019). *Hjertesvikt - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse*. Helsedirektoratet. Hentet 16. mai 2022 fra [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og)

karsykdommer/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-hjertesvikt

Helseplattformen. (2022). *Hvorfor Helseplattformen?* Helseplattformen. Hentet 30. mai 2022 fra <https://helseplattformen.no/hvorfor-helseplattformen>

HK-dir. (udatert). *Om Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Hentet 25. mai 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. utg.).

Lay, S., Moody, N., Johnsen, S., Petersen, D., & Radovich, P. (2019). Home Care Program Increases the Engagement in Patients With Heart Failure. *Home Health Care Management and Practice, 31*(2), 99–106. <https://doi.org/10.1177/1084822318815439>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal, 42*(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Näsström, L., Idvall, E., & Strömberg, A. (2015). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations, 18*(5), 1384–1396. <https://doi.org/10.1111/HEX.12120>

Näsström, L., Mårtensson, J., Idvall, E., & Strömberg, A. (2017). Participation in Care Encounters in Heart Failure Home-Care. *Clinical Nursing Research, 26*(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1054773816685744>

Nordfonn, O. K., Ingvild, I., Morken, M., Bru, L. E., & Lunde Husebø, A. M. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of Clinical Nursing, 28*, 1782–1793. <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>

Norsk legemiddelhåndbok. (2022). *T8.6 Hjertesvikt*. Norsk legemiddelhåndbok. Hentet 7. mai 2022 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T8.6/Hjertesvikt>

Norsk Sykepleie Forbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 7. mai fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Orem, D. E. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6. utg.). Mosby.

Pasient- og brukerretrtighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerretrtigheter (pasient- og brukerretrtighetsloven) (LOV-1999-07-02-63)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Radbound University Library. (2021). *PubMed (English): MeSH*. Radbound University Library. <https://libguides.ru.nl/PubMedEN/MeSH>

Rice, H., Say, R., & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. I *Patient Education and Counseling* (Bd. 101, Nummer 3, s. 363–374). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002>

Stortingsforhandlinger. Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling –

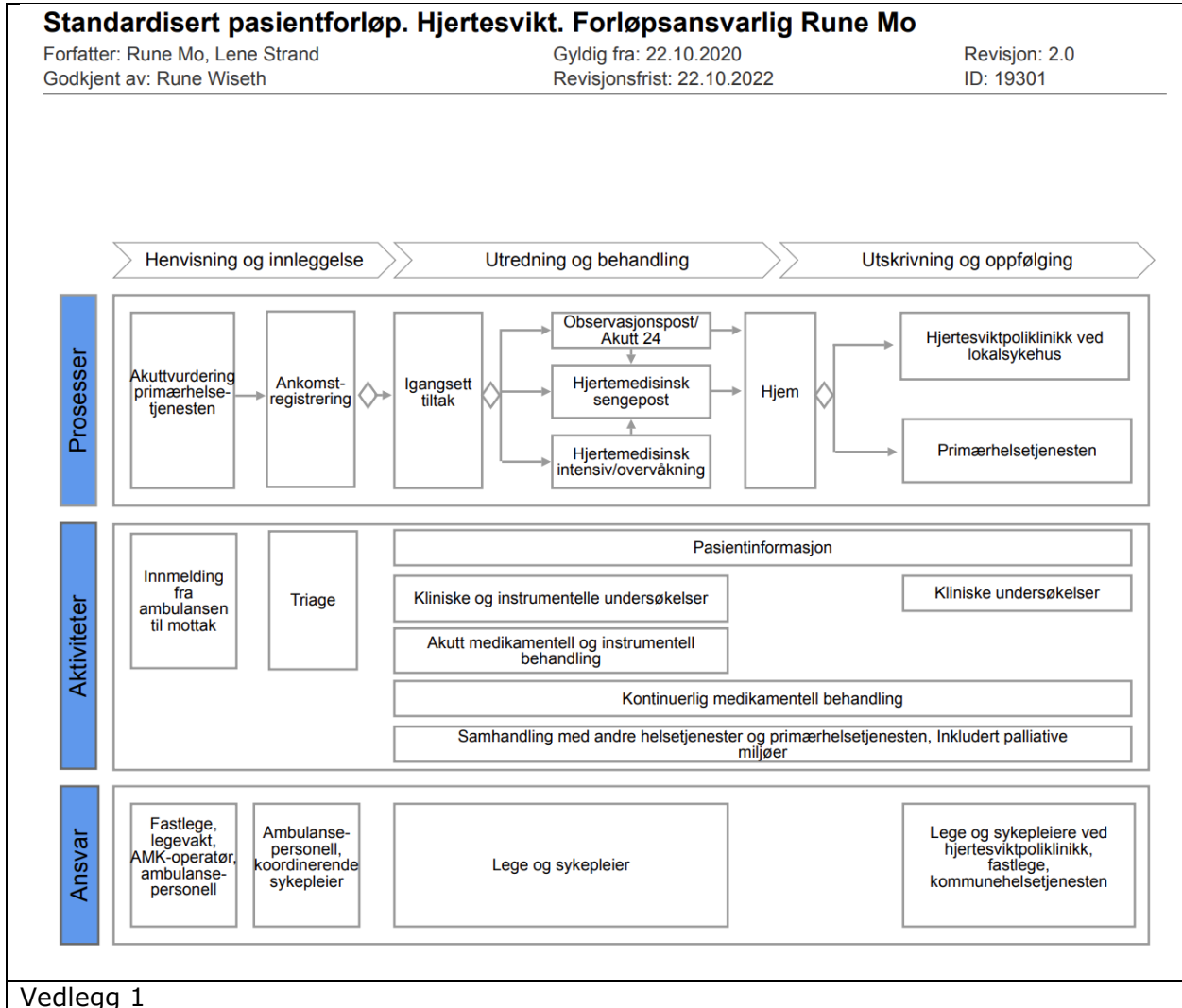
på rett sted – til rett tid

St.Olavs Hospital. (2021). *Hjertesvikt*. St.Olavs Hospital. Hentet 5. mai fra <https://stolav.no/behandlinger/hjertesvikt>


The Heart and Stroke Foundation. (udatert). *Heart Failure Zones*. Hentet 25. mai fra https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/health-failure/hs_heartfailure_zones_en.ashx?rev=3a11e8b4ade149d1a5c6c4b45476241c&hash=8574E1E1448DE56A31866BB549EA7FF1

Toback, M., & Clark, N. (2017). Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*, 53(1), 105–120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1290537>


Vedlegg





Vedlegg 1

EVERY DAY	<p>EVERY DAY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weigh yourself in the morning before breakfast. Write it down. Compare your weight today to your weight yesterday. • Keep the total amount of fluids you drink to only 6 to 8 glasses each day. (6-8 glasses equals 1500-2000 mL or 48-64 oz) • Take your medicine exactly how your doctor said. • Check for swelling in your feet, ankles, legs, and stomach. • Eat foods that are low in salt or salt-free. • Balance activity and rest periods. 	
-----------	---	---

Which zone are you in today?

GREEN SAFE ZONE	<p>ALL CLEAR – This zone is your goal!</p> <p>Your symptoms are under control. You have:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No shortness of breath. • No chest discomfort, pressure, or pain. • No swelling or increase in swelling of your feet, ankles, legs, or stomach. • No weight gain of more than 4 lbs (2 kg) over 2 days in a row or 5 lbs (2.5 kg) in 1 week. 	
-----------------	---	---

YELLOW CAUTION ZONE	<p>CAUTION – This zone is a warning</p> <p>Call your Health Care provider (eg. Doctor, nurse) if you have any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • You gain more than 4 lbs (2 kg) over 2 days in a row or 5 lbs (2.5 kg) in 1 week. • You have vomiting and/or diarrhea that lasts more than 2 days. • You feel more short of breath than usual. • You have increased swelling in your feet, ankles, legs, or stomach. • You have a dry hacking cough. • You feel more tired and don't have the energy to do daily activities. • You feel lightheaded or dizzy, and this is new for you. • You feel uneasy, like something does not feel right. • You find it harder for you to breathe when you are lying down. • You find it easier to sleep by adding pillows or sitting up in a chair. <p>Healthcare Provider: _____ Phone Number: _____</p>	
---------------------	--	--

RED DANGER ZONE	<p>EMERGENCY – This zone means act fast!</p> <p>Go to emergency room or call 9-1-1 if you have any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • You are struggling to breathe. • Your shortness of breath does not go away while sitting still. • You have a fast heartbeat that does not slow down when you rest. • You have chest pain that does not go away with rest or with medicine. • You are having trouble thinking clearly or are feeling confused. • You have fainted. 	
-----------------	--	---

The Heart and Stroke Foundation gratefully acknowledges Cardiac Services BC and the experts at British Columbia's Heart Failure Network as the original creators of this resource.
™The heart and / icon and the Heart&Stroke word mark are trademarks of the Heart and Stroke Foundation of Canada.

F17 V1

Vedlegg 2: Eksempel på plakaten «Heart Failure Zones» brukt i studien til (Lay et al., 2019) fra «The Heart and Stroke Foundation»

