



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4 BACH

Ida Marie Kristiansen og Ida Helene Værvågen

Veileder: Anne Grethe Kydland.

«En gave for livet»

«A gift for life»

Antall ord: 12 752

Bachelor i sykepleie

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Å bli restituert
Ikke tilbake til
- der jeg var
- den jeg var
før sykdommen
men fremover i ukjent landskap
- nytt syn
- ny tro
PÅ LIVET

Ting
som var viktig
er
ikke viktig
LENGER

Ting
som var bagateller
har
stor betydning
NÅ

Tankene
skal normaliseres
styrkes
- troen på
- innholdet i
- holdningen til
LIVET

(Lillian Ueland, 2012)

Sammendrag

Tema: Undervisning til nyretransplanterte.

Formål: Formålet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan undervise slik at pasienter oppnår mestring, samt øke kunnskap og forståelse for hvordan dette kan gjøres på en god måte.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon, slik at de mestrer å leve med et redusert immunforsvar?»

Metode: Dette er en fordypningsoppgave som er basert på en litteraturstudie. Litteraturen vi har benyttet oss av er pensumlitteratur, forskning og selvvalgt litteratur, samt egne erfaringer.

Resultat og konklusjon: Våre funn peker i retning av at sykepleierens undervisende funksjon er utfordrende. Kompetanse kombinert med tilrettelegging og effektiv formidling av sykepleierens kunnskap vil bidra til økt mestringsfølelse hos pasienter som er nyretransplantert.

Innhold

Norsk sammendrag.....	3
1.0 Innledning	
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	5-6
1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning.....	6-7
1.4 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Metode	
2.1 Litteraturstudie.....	8
2.2 Søk og funn.....	8-11
2.3 Kildekritikk	11-13
3.0 Dorothea E. Orem	
3.1 Dorothea E. Orems sykepleieteori	14-15
3.1.1 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon.....	15-16
4.0 Teori	
4.1 Nyrens funksjon.....	17
4.2 Organtransplantasjon.....	17-18
4.3 Nyretransplantasjon.....	18-19
4.4 Immunforsvar.....	19
4.4.1 Livslang behandling med immundempende medisiner.....	19-20
4.4.2 Avstøtning.....	20-21
4.5 Lovverk.....	22
4.5.1 Helsepersonelloven.....	22
4.5.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	22
4.6 Pasientundervisning.....	22-23
4.6.1 Sykepleierens undervisende funksjon.....	23-25
4.6.2 Undervisning om organspesifikk og generell egenkontroll.....	25
4.7 Motivasjon og mestring.....	25-27
5.0 Drøfting.....	28-36
6.0 Konklusjon.....	37
7.0 Litteraturliste.....	38-40
Vedlegg.....	41-43

1. Innledning

I følge Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod) ble det i 2015 utført 254 nyretransplantasjoner ved Oslo universitetssykehus. Deres statistikk, fra år 1999 til 2015, viser at antall personer på ventelistene for nyretransplantasjon har økt fra 159 til 304. Dette viser en stor etterspørsel og er derfor et sentralt tema da det skjer en økning i helsesvikt, og større behov for nyretransplantasjon. På grunn av dette vil også etterspørselen for kunnskapsbasert undervisning stige.

Pasienter som har gjennomgått en transplantasjon trenger livslang oppfølging ved Oslo universitetssykehus og lokalsykehus. Dette betyr at sykepleiere kan møte pasienter som er nyretransplantert på ulike arenaer, og det er derfor viktig at sykepleiere har generelle kunnskaper om både undervisning og nyretransplanterte (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

Liedekerken med flere og Coates (1990; 1999) referert i Granum (2003) hevdet allerede i 1990 at pasientundervisning i fremtiden ville spille en enda større rolle, blant annet på grunn av økende helsesvikt. Dette kan vi tydelig se at stemmer på bakgrunn av statistikken nevnt tidligere. Videre sier Granum (2003) at selve målet med pasientundervisningen er at pasienten skal kunne være i stand til å mestre sin livssituasjon, noe som innebærer å oppnå bedre helse og å oppleve mening i forhold til sin helsetilstand.

Under arbeidet med bacheloroppgaven har vi fått hospitere ved Oslo universitetssykehus, hvor vi har opparbeidet oss egne erfaringer og ny kunnskap rundt viktigheten av undervisning til pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for vår bacheloroppgave er å få bedre innsikt i hvordan vi som sykepleiere kan undervise pasienter slik at de skal forstå sin situasjon og føle mestring ved utskrivelse fra sykehuset etter en transplantasjon.

Gjennom vår studietid har vi både i praksis og ved forelesning opplevd at det har vært lite fokus på sykepleierens undervisende funksjon. Hvordan vi som sykepleiere kan undervise pasienter og hva som bør tas hensyn til er noe vi ønsker å lære mer om, da dette er svært aktuelt i yrket som sykepleier. Videre ser vi at undervisning til pasienter som er

nyretransplantert er et viktig tema, og er noe vi ønsker å belyse nærmere i denne oppgaven. Vi velger å fokusere på nyretransplantasjon da vi begge har noe erfaring med temaet, og begge er nysgjerrige på å lære mer om denne pasientgruppen. I tillegg har en av oss en bekjent som har gjennomgått nyretransplantasjon, og som i ettertid opplevde usikkerhet rundt sin nye livssituasjon. Dette gjorde at vi ble motiverte til å skrive en oppgave om hvordan sykepleiere kan bidra til at nyretransplanterte kan få en god mestring av sin nye livssituasjon.

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med vår bacheloroppgave er å belyse hvordan sykepleiere kan undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon, samt øke kunnskap og forståelse for hvordan dette kan gjøres på en god måte. Vi vil legge hovedvekt på undervisning til pasienter med redusert immunforsvar og hvordan de kan mestre å leve med dette. Ved å øke vår faglige kunnskap og forståelse rundt dette temaet kan det bidra til at vi er bedre forberedt på å møte denne pasientgruppen i arbeidslivet. Samtidig vil det også kunne gi andre et innblikk i hvor viktig sykepleierens undervisende funksjon er i møte med disse pasientene. Dette leder frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon, slik at de mestrer å leve med et redusert immunforsvar?»

1.3 Avgrensning

Undervisning til nyretransplanterte pasienter er et svært omfattende tema. Vi ønsker å konsentrere oss om pasientgruppen som oppholder seg på sykehus i den post-operative fasen. Vi avgrenser det til voksne, med normal kognitiv funksjon, da de har et annet utgangspunkt for læring enn barn.

Vi vil fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan undervise disse pasientene i forhold til å mestre å leve med et redusert immunforsvar. Ved en nyretransplantasjon er det mange faktorer som det er viktig å legge vekt på i undervisningen, men på grunn av oppgavens omfang velger vi å fokusere på det reduserte immunforsvaret pasientene får etter nyretransplantasjon, som følge av livslang medisinsk behandling med immundempende medikamenter. Ved å legge vekt på dette vil vi ta for oss hvorfor pasientene trenger å bruke medikamenter, bivirkninger av disse, fare for avstøtning, infeksjon og noen forhåndsregler

pasientene trenger å ta på bakgrunn av et redusert immunforsvar. Liggetiden etter en nyretransplantasjon er ca. en uke og allerede i løpet av denne uken må undervisningen starte.

I henhold til hva oppgaven vår handler om går vi ut i fra at pasienten har gått igjennom en klarering for organtransplantasjon. Kartlegging av pasienten vil være utført før transplantasjonen, så dette velger vi heller ikke å ha et helhetlig fokus på. Det er imidlertid viktig å se at opplysningene om pasienten fortsatt stemmer etter transplantasjon. Vi velger heller ikke å fokusere på pårørende og donorproblematikk.

Denne oppgaven er skrevet med tanke på at leseren har helsefaglig bakgrunn. Derfor har vi ikke forklart generelle faguttrykk og begreper, da vi forventer at helsepersonell skal være kjent med dette.

1.4 Oppgavedisposisjon

Vi følger Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving. Oppgaven er bygget opp med en innledning, metode, sykepleieteoretiker, teoridel, drøftingsdel, konklusjon, litteraturliste og vedlegg. I vår oppgave er det 7 kapitler.

Kapittel 1 består av innledning, bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling, avgrensning og oppgavens disposisjon.

Kapittel 2 består av litteraturstudie, søk og funn og kildekritikk.

Kapittel 3 består av valg av sykepleieteoretiker, Dorthea Orem.

Kapittel 4 teori blir presentert.

Kapittel 5 er drøftingsdelen, hvor vi drøfter sykepleierteoretiker, forskning, teori og egne erfaringer.

Kapittel 6 er konklusjon. Konklusjonen vil bestå av resultat fra våre funn i drøftingsdelen. Vi vil da gi et oppsummert svar på problemstillingen.

Kapittel 7 er en oversikt over litteratur som er benyttet i oppgaven.

2. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

Sitatet ovenfor er fra den anerkjente sosiologen Vilhelm Aubert. Aubert blir ofte sitert i sammenhenger om hva metode er. Metode bruker vi som et verktøy i vårt møte med noe vi ønsker å undersøke. Det sier noe om hvordan vi bør gå frem for å hente eller etterprøve kunnskap, og det hjelper oss med å samle inn data for å finne den informasjonen vi trenger til det som skal undersøkes (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Et litteraturstudie bygger i hovedsak på skriftlige kilder, og oppgaven tar utgangspunkt i et tema og en problemstilling, som igjen blir besvart med teori og drøfting (Dalland, 2012). Vi benytter pensum, lærebøker, forskningsartikler, lover, selvvalgt litteratur og egne erfaringer til å besvare oppgaven. Forskningsartiklene vi har tatt i bruk er både kvantitative og kvalitative studier.

En *kvantitativ studie* har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter som tall. Kjennetegn ved en slik metode er at de går i bredden av et tema, og henter ut det som er felles. En *kvalitativ studie* tar høyde for å fange opp mening og opplevelser som en ikke kan måle eller som lar seg tallfeste. Kvalitativ går i dybden, og får frem det som er spesielt og særegent fra personer som blir intervjuet eller/og observert (Dalland, 2012).

2.2 Søk og funn

For å finne relevant forskning har vi brukt bibliotekets databaser, hvor vi har søkt i SweMed+, Cinahl, UpToDate, Oria og PubMed. Vi begrenset søkene ved å velge avansert søk og årstallpreferanse. Deretter noterte vi antall treff, hva vi søkte på og hvilke databaser som ga relevant funn. For å finne forskning kombinerte vi også søkeord med AND eller OR for å avgrense. Søkehistorikken med antall treff blir lagt med som vedlegg.

Aktuelle norske søkeord vi har tatt i bruk er nyretransplanterte, undervisning, mestring, trygghet, ivareta helse og forebygge komplikasjoner. Vi brukte SveMed+ for å finne engelske MeSH termer. Vi kom da frem til disse engelske søkeordene; kidney transplant, renal

transplant, patient education, educational intervention, health education, teaching, patient information og coping.

Da vi skulle søke på forskningsartikler valgte vi å ta i bruk IMRAD-prinsippet. Dette prinsippet vil kunne hjelpe oss til å være kritiske til valg av artikkel. Vår utfordring var at det kom opp mange artikler som omhandlet undervisning før transplantasjon, og vi måtte dermed utdype søket for å finne de som fokuserte på etter. Det var få artikler som fokuserte på dette, og vi måtte kombinere flere søkeord for å finne forskning vi anså som bra. Videre leste vi overskriften og sammendraget på de aktuelle artiklene for å se om de passet vårt tema. Deretter plukket vi ut de mest relevante forskningsartiklene til vår oppgave, hvor vi tok vi utgangspunkt i gyldighet, holdbarhet og relevans for vår problemstilling og fant dermed de vi mente var best. Med dette har vi kommet frem til disse forskningsartiklene ut i fra våre søkeord og databaser:

Forskningsartikkel 1

Renal recipients' educational experiences in the early post-operative phase (Urstad, Wahl, Andersen, Øyen & Fagermoen, 2012a).

Dette er en kvalitativ studie utført ved hjelp av 16 deltakere og intervju av nyretransplanterte pasienter. Hensikten med studien var å finne ut hva pasientene tenkte rundt pasientundervisningen ved sykehuset i tidlig post-operativ fase. Studien viser at pasientene etter operasjonen opplevde vanskeligheter i forhold til undervisningen grunnet fysisk og psykisk stress. Undervisningen startet allerede første post-operative dag og pasientene var preget av «hangover», kvalme, redusert konsentrasjon og hukommelse etter anestesien, og noen av deltakerne følte et behov for mer søvn og hvile. Andre deltakere ønsket ikke utsette undervisningen til tross for stress og lærevansker. Pasientene hadde håp for fremtiden, følte takknemlighet for å kunne gå videre i livet og dette ble sett på som en motivasjonsfaktor for læringen. Tema om medisiner og avstøtning var det pasientene følte var mest avgjørende for livet etter transplantasjonen og ble ikke sett på som vanskelig å forstå da de også hadde en oppfattelse av at dette var helt nødvendig for livet.

Funn ut fra denne studien viser at pasientundervisning er nødvendig for hvordan en skal takle den nye tilværelsen. Videre burde sykepleierne sette seg inn i pasienten sin livssituasjon for å skreddersy undervisningen til hver enkelt.

Forskningsartikkel 2

Overview of care of the adult kidney transplant recipient (Chandraker, 2014). Dette er en fagfelleverdert forskning.

Forskning sier at nyretransplantasjon er hovedbehandlingen ved en alvorlig nyresvikt. En vellykket nyretransplantasjon forbedrer livskvaliteten og reduserer dødelighetsrisikoen sammenlignet med dialyse. Nyretransplanterte krever tett oppfølging de første 3-6 månedene, da de står på flere immundempende medikamenter som gjør dem ekstra utsatt for infeksjoner. Kravet om tett oppfølging er også i forhold til om det nye organet fungerer og for å vurdere eventuelle komplikasjoner på grunn av de nevnte medikamentene.

Den vanligste dødsårsaken ved nyretransplantasjon er infeksjon. Pasientene er utsatt for både felles og opportunistiske infeksjoner, men dette vil da mest sannsynlig skje innen 1-3 måned post operativt. Det er i disse månedene immundempende medikamenter er på sitt høyeste og risikoen vedvarer så lenge pasienten går på disse.

Forskningsartikkel 3

Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation (Santos, Kirchmaier, Silveira & Arreguy-Sena, 2015).

Denne kvalitative studien, som bruker innholdsanalyse som metodisk tilnærming, ble utført i 2013 ved et senter som er spesialisert på nefrologi i Brasil. Studien involverte ti sykepleiere som jobbet med nyretransplanterte før og etter transplantasjonen og 20 pasienter, både menn og kvinner over 18 år, som hadde fått utført en nyretransplantasjon. Sykepleierne sa at ved å observere kroppsspråk, holdninger og andre mulige situasjoner som kan oppstå hos en pasient etter transplantasjon, fikk de et inntrykk av pasienten sin forståelse og hva de forventet etter inngrepet, slik at sykepleieren på best mulig måte kunne legge til rette for pasienten.

Hensikten med studien var å se hvor pasienten var i forhold til å oppfatte og innhente informasjon før og etter nyretransplantasjonen. Det ble dokumentert at den pre-operative perioden var viktig for å innta informasjon, men at den post-operative perioden var vel så viktig i forhold til læring, så lenge pasientene ikke opplevde bivirkninger av de immundempende medikamentene. Studien nevner også viktigheten av individuell tilpasset læresituasjon for hver av pasientene.

Forskningsartikkel 4.

Limited evidence for the effectiveness of educational interventions for renal transplant recipients. Results from a systematic review of controlled clinical trials. Patient education and counseling (Urstad, Wahl, Andersen, Øyen & Hagen, 2012b).

I denne studien ble det gjennomgått ni andre studier som omhandlet effekten av undervisning til nyretransplanterte pasienter. Tre av disse studiene var randomisert kontrollerte (RCT), mens resten var kontrollerte kliniske studier (CCTS). Ut i fra disse studiene kunne de se at de pedagogiske tiltakene varierte i fokus, timing og intensivitet.

Funnene de gjorde i denne studien, ved å utføre en systematisk gjennomgang for å vurdere effektivitet av pedagogisk intervensjon til nyretransplanterte, var at det trengs et bedre undervisningsprogram og at forbedrende rapporteringsstandarder er nødvendig. Fremtidig pasientundervisning bør inneholde helhetlig pedagogisk tilnærming og bli utført både i de tidlige og senere stadier etter transplantasjonen. Til tross for den enorme betydningen av pasientopplæring for nyretransplanterte, fant de kun ni studier som omhandlet denne tematikken.

Videre skriver de at for å redusere avstøtning, tap av organ og de negative konsekvensene av livslang behandling med immundempende medikamenter, trenger pasienter som er nyretransplanterte å tilegne seg mer kunnskap. De trenger kunnskap om immundempende medikamenter og hvordan det påvirker kroppen, hvordan en merker tegn på avstøtning av det transplanterte organet og spesielle ting som må tas hensyn til i det daglige livet. Pasientene opplever situasjonen etter en nyretransplantasjon som vanskelig og komplisert, og lærevansker kan forekomme grunnet psykisk og fysisk stress etter transplantasjonen. Videre sier de at det er nettopp derfor fokus på pasientopplæring er svært viktig for denne pasientgruppen.

2.3 Kildekritikk

Dalland beskriver kildekritikk slik «... metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (Dalland, 2012, s. 67).

En kilde er noe som kan bidra til å styrke en oppgave, men alle kilder er ikke like troverdige. I denne oppgaven stilles det krav om å legge fram søkeprosessen, hvordan en vurderer og gjør rede for kilder en tar i bruk. Når vi først har funnet en kilde vi mener er relevant, må vi se etter om den er av kvalitet og relevans i forhold til vår problemstilling og vårt valgte tema. Dalland (2012) skriver også at kildekritikk kan deles inn i to sider. Først må en finne frem til litteratur som kan belyse problemstillingen, også kalt litteratursøk. Den andre siden handler om å forklare litteraturen som er blitt tatt i bruk.

Hovedpoenget med kildekritikk er å vise at en kan forholde seg kritisk til det materialet som blir tatt i bruk i oppgaven. Videre vil kildekritikk vise leseren hvilken litteratur vi har benyttet oss av, og hvilke kriterier vi brukte for å velge denne litteraturen (Dalland, 2012).

Da vi fant litteratur til oppgaven vår gikk vi ut i fra relevans og nyere litteratur. Noe litteratur er også litt eldre, men vi anser det allikevel som relevant. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, primær- og sekundærlitteratur. Forskningen er fagfelleurdert og av nyere dato. Kildene må ha en relevans til oppgaven, og vi har funnet kilder som omhandler tema vi skriver om i vår bacheloroppgave. Vi ser på hvem som har skrevet teksten, når den ble skrevet, hvilken type tekst det er og hvem teksten er skrevet for (Dalland, 2012). Vi har tatt i bruk høgskolen sitt bibliotek hvor vi har hentet ut aktuelle bøker og tidsskrifter, da vi mener dette er troverdig på bakgrunn av at det er i høgskolen sin litteratur. Videre vil vi igjen nevne at oppgaven ikke bare består av litteratur og pensum, men er også basert på egne opplevelser og erfaringer.

Vi har totalt fire forskningsartikler, alle engelskspråklige. To av disse er fra utlandet, mens to er utført i Norge. Det var noe vanskelig å finne relevant forskning, derfor har vi valgt å ta med en oppsummert forskning og en som tar for seg både tiden før og etter nyretransplantasjon med tanke på undervisning. Den oppsummerte forskningen er fra UpToDate, og følger ikke IMRAD-prinsippet. Vi valgte allikevel å bruke den på bakgrunn av at vi anser databasen som en troverdig kilde da vi vet de er svært kritiske til artikler de publiserer. Forskningsartikkelen som ble utført i Brasil kan vi være noe kritisk til på bakgrunn av at den har blitt utført i utlandet, da de mest sannsynlig gjør ting annerledes enn i Norge. I den kvantitative forskningen kunne det være noe form for skjevheter i et par av studiene de vurderte, men den

vil allikevel være relevant da den sier noe om hvor lite forskning som har blitt utført på akkurat dette området.

3. Dorothea Orem

Det finnes mange teoretikere innenfor sykepleie, men vi har valgt sykepleieteoretiker Dorothea Orem. Vi mener hun er mest relevant i forhold til oppgavens utvikling og problemstilling da hun fokuserer på undervisning og veiledning. Hun er også aktuell da hun sier at sykepleierens overordnede mål er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Orem skriver at det er tre typer egenomsorgsbehov. De universelle egenomsorgsbehovene, de utviklingsrelaterte omsorgsbehovene og helsesviktrelaterte omsorgsbehov.

3.1 Dorothea E. Orem's sykepleieteori

Dorothea E. Orem (født 1914) er en anerkjent teoretiker fra Amerika som har hatt stor innflytelse for sykepleietenkningen i mange land, deriblant Norge. Orem definerer egenomsorg som «de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kristoffersen, 2011, s. 228). Hun sier også at normal utvikling og funksjon er to viktige sider ved helse, noe som gjelder for mennesket som helhet, men også organer og organets funksjon. Hva sykepleie er og hvorfor den er nødvendig er noe teorien i helhet forklarer oss og noe som gir grunnlag for å skjønne og se sammenheng mellom det å tenke og utføre sykepleie. Det å skulle tenke sykepleie innebærer at man skal kunne se og oppfatte helheten i en sykepleiesituasjon basert på kunnskap (Biermann, 1996).

Orem beskriver tre typer egenomsorgsbehov; de universelle behovene, de utviklingsrelaterte behovene og helsesviktrelaterte behovene. Egenomsorgsbehovene beskriver mål som konkrete handlinger som må rettes mot mennesket for at de skal kunne gjenvinne eller oppleve normal funksjon, utvikling, helse og velvære. Videre skriver hun at kravene til handling må tilpasses hvert enkelt individ, basert på alder og utvikling. Ett av punktene under de universelle behovene er «å motvirke farer som truer liv, helse og velvære». En må være oppmerksom på farer som kan dukke opp, sette i gang tiltak for å avverge forhold som kan føre til farlige hendelser, beskytte seg i farlige situasjoner dersom faren ikke kan avvises og det siste er å kontrollere farlige situasjoner ved å ta bort det som truer liv, funksjon og velvære (Kristoffersen, 2011).

Videre har Orem beskrevet seks forskjellige egenomsorgsbehov ved helsesvikt, men vi velger kun å ta med de som er relevant for vår oppgave:

Behovet for å være oppmerksom på og ta hensyn til konsekvenser av sykdom og helsesvikt.

Behovet for å gjennomføre foreskrevet medisinsk behandling.

Behovet for å være oppmerksom på og ta hensyn til ubehag og negative virkninger av den medisinske behandlingen (Kristoffersen, 2011, s. 232).

Disse behovene oppleves ofte av mennesker som har en sykdom eller skade. Det kan være funksjonstap eller begrensninger, hos mennesker som er under behandling og diagnostisering. En er nødt til å venne seg til en ny livssituasjon (Kristoffersen, 2011).

Orem beskriver sykepleierens funksjon der målet er å fremme helse, velvære, normal funksjon og utvikling. Å ivareta egenomsorgsbehovene er et viktig delmål, hvor enten sykepleieren eller personen selv kan utføre handlinger som er rettet mot disse behovene. Videre sier hun at sykepleie er en helsetjeneste. Hvordan sykepleiere utfører hjelpen kan påvirkes av hvilken livssituasjon og personlighet pasienten har (Kristoffersen, 2011).

En av Orem's fem hjelpemetoder for sykepleieren er å veilede og rettlede en annen. Det vil si at sykepleieren under planlegging og utføring skal veilede pasienten når det gjelder egenomsorgshandlinger. I situasjoner hvor pasienten må ta et valg eller følge en plan er veiledning et viktig hjelpemiddel. En er avhengig av at kommunikasjonen fungerer mellom pasient og sykepleier, samtidig må pasienten være motivert og i stand til å kunne ta egne valg og handlinger (Biermann, 1996; Kristoffersen, 2011). Å undervise er en annen hjelpemetode Orem beskriver. Undervisning tas i bruk når pasienten må lære seg nye ferdigheter eller tilegne seg ny kunnskap for å kunne ivareta egenomsorgsbehovene. Dersom pasienten ikke er forberedt psykisk på å skulle lære, kan det være en stor utfordring å undervise. Det samme vil gjelde dersom vedkommende ikke forstår at en mangler kunnskap eller ikke ønsker å lære. Som sykepleier er det viktig å kunne motivere for at pasienten skal kunne se betydningen av det som skal læres (Biermann, 1996; Kristoffersen, 2011). Når undervisningen skal planlegges må en tilpasse den til hvert enkelt individ på bakgrunn av alder og utvikling. I noen situasjoner kan det være hensiktsmessig med praktiske gjøremål og gruppeundervisning.

3.2 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon – Dorothea E. Orem

Å veilede en annen person blir regnet som en metode for å bistå i situasjoner der personen må vedta et valg, det kan for eksempel være å velge en handling fremfor en annen, eller å satse på den ene handlingen, men ikke uten veiledning eller tilsyn. Denne metoden krever at personen

som veileder og pasienten som blir veiledet, har en god dialog. Pasienten må også være motivert og være i stand til å utføre de aktivitetene som kreves. På den andre siden må veiledningen være hensiktsmessig, enten i form av forslag, instruksjoner, retninger eller tilsyn. For eksempel kan sykepleieren forklare pasienten hvordan man sikrer sykepleie/hjelpepleie etter en er utskrevet fra sykehuset (Orem, 2001).

Undervisning er også en metode for å kunne hjelpe pasienter som trenger opplæring til å utvikle kunnskap og ferdigheter. Pasienten som blir undervist må være i stand til å lære, men det hender pasientene er uvitende og ikke ønsker å lære. For å kunne undervise kreves det at sykepleieren vet hva pasienten har behov for å vite. En må kunne kartlegge pasientens bakgrunn og erfaringer, livsstil og vaner i hverdagen, og på hvilken måte pasienten er i stand til å motta informasjon og kunnskap for å kunne videreformidle dette. En sykepleier som er i nærheten av en pasient får en anledning til å stille spørsmål knyttet til livssituasjonen. Det å skulle lære å endre atferd som gjelder egenomsorg kan kreve tid. Orem (2001) skriver også at gruppeundervisning kan være en effektiv måte for å hjelpe pasienter innenfor egenomsorgen. Dersom pasienten er interessert kan en lære mye av kompetente sykepleiere. I andre tilfeller må pasienten engasjere seg i konkrete og planlagte læringssituasjoner, ved for eksempel lesing og diskusjon. Pasienten må ha en viss peiling på hvilken effekt medisineringen gir og når en skal ta kontakt med enten sykepleier eller lege. Når undervisning blir tatt i bruk som metode, hender det at pasienter ideelt sett ser seg selv som elever og innser at undervisningen, øvelser, observasjoner og lytte til andres erfaringer er nødvendig. Undervisningen må tilpasses alder, så vel som tidligere erfaringer (Orem, 2001).

4. Teori

Dalland (2012) beskriver teori som et redskap som brukes til å utvikle innsikten vår og for å angi hvilket perspektiv vi arbeider innenfor. Teoridelen omhandler temaer som er viktig for å kunne besvare problemstillingen vår. Den er delt opp i en sykdomsdel, hvor vi har skrevet om nyrenes funksjon, organtransplantasjon, nyretransplantasjon, immunforsvaret, immundepende medikamenter og avstøtning. Deretter skriver vi om aktuelle lovverk, pasientundervisning, sykepleierens undervisende funksjon, motivasjon og mestring.

4.1 Nyrenes funksjon

Nyrene er plassert under de nederste ribbeina, bak mot ryggen. Hos voksne mennesker er nyrene ca. 12 cm lange og veier rundt 180 gram (Myrseth et al., 2012).

Dette er organene i kroppen vår som produserer urin, og de er derfor svært viktig i opprettholdelsen av væskebalansen og nivåene av ulike stoffer i blodet. Dette skjer ved at nyrene filtrerer blodet og skiller ut avfallsstoffer. De har dermed en svært høy tilførsel av blod og hele blodvolumet filtreres mange ganger hver eneste dag. Funksjonen til nyrene er mange, men de tre mest vitale oppgavene nyrene har er å fjerne avfallsprodukter som urinstoff og kreatinin, toksiske stoffer og overflødig væske fra blodet. De er også nødvendige for å vedlikeholde kroppens indre miljø, ved og blant annet regulere væske- og elektrolyttbalansen i kroppen. Organet produserer også hormoner som er viktige for regulering av blodtrykket og for produksjonen av røde blodceller. Nyrene er forbundet med urinblæren via urinledere. I urinblæren samles overflødig væske og avfall som urin. Derfra blir urinen skylt ut av kroppen via urinrøret og det rensede blodet føres dermed tilbake til resten av kroppen (Nicolaysen & Holck, 2013).

4.2 Organtransplantasjon

Organtransplantasjon er et tilbud til pasienter med en livstruende svikt i ett eller flere organer, der annen medisinsk eller kirurgisk behandling ikke fører til bedring av tilstanden. For at en person skal bli godkjent for transplantasjon må det blant annet være potensielt bedret livskvalitet og et forlenget liv til stede (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

Organtransplantasjon skjer ved at det overføres et frisk organ, vev eller celler fra én person (donor) til en annen (mottaker). Både i Norge og internasjonalt øker ventelistene, og det er

strengt krav for at en person skal bli satt på venteliste for transplantasjon (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014). For å komme på venteliste må alle pasienter gjennom utredning og kartlegging av ressurser og mulige problemområder. Ved utredning utelukkes det at det ikke er andre årsaker bak organsvikten og om det er andre risikofaktorer som kan påvirke utfallet av en mulig transplantasjon. Utredningen skal også ha en sosialmedisinsk gjennomgang, slik at en vet om pasienten har forutsetninger for å gjennomføre den livslange medikamentelle behandlingen i etterkant, og at vedkommende er motivert. For å kartlegge ressurser og mulige problemområder samler sykepleier inn data om pasienten sitt liv, sykehistorie, sykdommens påvirkning i det daglige livet og hvordan pasienten håndterer problemer. I denne datainnsamlingen inngår det mange spørsmål som må avklares før en transplantasjon, som blant annet om svikten har oppstått akutt eller om den er kronisk. I utredningsfasen vil pasienten få informasjon om ventetid, transplantasjonen og forventet resultat etter dette, om livsviktig og livslang medikamentell behandling og om hva de selv må gjøre av egenkontroll og samarbeid med helsevesenet (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

4.3 Nyretransplantasjon

En nyretransplantasjon kan skje enten med nyre fra en levende giver eller fra en nylig avdødd donor. Hvis pasienten ikke får nyre fra en levende giver, blir nyren formidlet gjennom Skandiatransplant. Dette er en samarbeidsorganisasjon for transplantasjonsvirksomhet i Norden. I følge Norod og Skandiatransplant.org ble det i Norge utført 254 nyretransplantasjoner i 2015. Den vanligste årsaken til at pasienter blir transplantert er kronisk nyresvikt. Dette oppstår når nyrenes tre hovedfunksjoner er sterkt redusert eller opphørt. De vanligste årsakene til nyresvikt er diabetisk nefropati og kronisk glomerulonefritt. Diabetisk nefropati er en nyreskade hos pasienter med diabetes mellitus og kan opptre hos både type 1 og type 2 etter langtids sykdom. Kronisk glomerulonefritt kan være en immunologisk reaksjon på en forutgående bakteriell infeksjon. Ofte er årsaken ukjent. Denne tilstanden forårsaker 15 – 20 % av tilfellene ved kronisk nyresvikt. (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

Når en nyre blir transplantert blir den plassert i fossa iliaca, dette er nedre del av bekkenet. Det er flere grunner til at det nye organet får denne plasseringen. For det første er dette rent teknisk en enklere operasjon enn å plassere nyren der de vanligvis sitter. Den andre grunnen til at de velger å plassere nyren i fossa iliaca er at det er enklere å oppdage en eventuell

avstøtning eller andre komplikasjoner. Her kan nyren lett undersøkes ved hjelp av ultralyd og det kan enkelt tas en biopsi (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

Alder. Alderen på pasienter som har fått ny nyre i Norge er fra under ett år til 83 år.

Komplikasjoner. Komplikasjonene som oppstår etter en nyretransplantasjon er ofte relatert til bivirkninger av immundempende medikamenter. Kronisk avstøtning og eventuelt tilbakevending av grunnsykdommen kan forekomme (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

4.4 Immunforsvaret.

Innenfor medikamenter som demper immunforsvaret blir ord som immundempende og immunsuppresjon benyttet. Dette er av samme betydning. Vi velger å bruke immundempende da dette er et lettere ord å forstå for pasienter både i hverdagen og i sammenheng med undervisning.

Etter at pasienten har gjennomgått en nyretransplantasjon er det en livslang risiko for at det nye organet kan bli avstøtt. Immunforsvaret har den egenskapen at den kjenner igjen og reagerer på fremmed materiale, som bakterier, virus og ukjente celler (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014). Alle celler har en vevstype som er spesiell for ens egen kropp. Dette gjør at immunforsvaret kan skille mellom kroppens egne celler og fremmede celler (Myrseth et al., 2012). T-lymfocytene sin oppgave er å oppdage fremmede elementer, aktivere immunforsvaret og deretter angripe de fremmede cellene som er i kroppen, som for eksempel en transplantert nyre. B-lymfocytter produserer antistoffer som binder seg til de ukjente cellene og begynner å bryte de ned og dermed ødelegge det transplanterte organet. Dette blir kalt for avstøtning. Både organgiver og organmottaker må bli vevstypet. Da blir det tatt en blodprøve av begge parter der antigener på den enkeltes celler blir indentifisert. Ved å sammenligne resultatet av disse vil en kunne se hvor stor grad av likhet det er mellom vevstypene. Godt samvær mellom vevstypene gir mindre problemer i forhold til avstøtning, og det tas derfor stort hensyn til dette ved nyretransplantasjon. Ved transplantasjon av hjerte-, lunge- og lever tas det sjeldent hensyn til vevstyper (Almås, Stubberud & Grønseth, 2014).

4.4.1 Livslang behandling med immundempende medisiner

Immundempende behandling gis for å hindre avstøtning av organet som er blitt transplantert. Behandlingen er både livsviktig og livslang, og består som oftest av en kombinasjon av flere forskjellige immundempende medikamenter. Behandling må også bli spesielt tilpasset hver

pasient (Myrseth et al., 2012). Immundempende behandling kontrollerer immunresponsen, men samtidig må en sørge for at kroppen fortsatt kan forsvare seg mot infeksjoner. Det er de første månedene etter transplantasjon som er mest intensive, fordi det er i denne perioden at immunresponsen er størst. Etter hvert kan behandlingen reduseres noe, slik at det blir en vedlikeholdsbehandling (Almás, Stubberud & Grønseth, 2014).

De aller fleste pasienter opplever bivirkninger ved immundempende medikamenter, men disse bivirkningene avtar gjerne etter hvert som dosen blir redusert. De vanligste bivirkningene man må ta hensyn til er blant annet *hudforandringer*. Mange får tynn, skjør hud og kan utvikle vorter. Pasientene har også en økt risiko for å utvikle hudkreft. Noen immundempende medikamenter kan gi *endret utseende*, som for eksempel håravfall eller hårvekst. Dette gjelder da spesielt på steder en vanligvis ikke har mye hår, som kinn, panne og på overkroppen. Vektøkning er også vanlig, og noen pasienter kan få noe som kalles for Cushing-utseende med runde kinn. Disse endringene kan føre til psykiske problemer for mange pasienter, spesielt yngre. Å utvikle insulinkrevende *diabetes* er relativt vanlig etter en transplantasjon, og kan i varierende grad utløses av de immundempende medikamentene. *Osteoporose* kan ofte være et problem etter transplantasjonen, det vil derfor være gunstig med ekstra vitaminer og regelmessig trening da det er den mest effektive behandlingen for å forebygge dette etter transplantasjonen. En kan også utvikle *grå stær* på grunn av glukokotikoider og/eller diabetes. En annen bivirkning er *urinsyregikt*. Dette kan gi akutte smerteanfall, samt røde og hovne ledd. Legemiddelbehandling må alltid skje i samråd med transplantasjonsansvarlig lege på grunn av faren for interaksjoner med de immundempende medikamentene. I tillegg til økt risiko for hudkreft, vil også risikoen for sjeldne *maligne sykdommer* forekomme. Risikoen vil fortsette å øke jo lenger det er siden transplantasjonen ble utført (Almás, Stubberud & Grønseth, 2014).

4.4.2 Avstøtning.

Hvis et ukjent organ blir transplantert og kroppen får reagere som den vil, setter immunforsvaret raskt i gang. Immunforsvaret vil angripe det nye organet og en begynnende avstøtning er faktum (Myrseth et al., 2012).

Vanligvis trenger immunforsvaret litt tid for å reagere på det nye organet og det er derfor uvanlig med avstøtning den første uken etter transplantasjon. De fleste avstøtninger skjer fra tre til syv uker etter transplantasjonen. Etter denne tiden avtar risikoen for avstøtning, og etter

tre måneder er det relativt sjeldent ved riktig bruk av medikamentene. 20-25 % av de som blir transplantert vil oppleve å få en avstøtning. Heldigvis er dette noe som kan behandles i de aller fleste tilfeller (Myrseth et al., 2012).

For å oppdage avstøtning vil det vil det være viktig å følge med på en blodprøve som ser på kreatininnivået. Etter transplantasjon vil kreatinin være forhøyet og det kan ta noe tid før dette stabiliserer seg. Er kreatinin stigende kan det være et symptom på flere ting. Det kan blant annet være et symptom på avstøtning, for høy konsentrasjon av immundempende medikamenter i blodet, forstyrret blodstrøm til eller fra organet eller at urinen ikke renner fritt fra nyre til blære. For å finne riktig årsak er det aktuelt å utføre flere undersøkelser (Myrseth et al., 2012).

Ultralyd av nyren, nyrebekkenet, urinleder og blodårene til og fra nyren. Legen kan via dette kontrollere om urinen renner uhindret og om blodet strømmer fritt til og fra nyren.

Biopsi kan også utføres. Ved biopsi blir det hentet ut en liten celleprøve fra nyren via en nål. Legen som vurderer biopsien i mikroskop kan se om det er en avstøtning som gjør at organet ikke fungerer slik det skal, eller om det er andre årsaker. Legen vil også kunne se hvor kraftig en eventuell avstøtning er (Myrseth et al., 2012).

Ved bruk av immundempende medikamenter er det sjeldent en oppdager en avstøtning selv. Det viktigste en transplantert pasient kan gjøre er å ta medikamentene sine til riktig tidspunkt. Allikevel er det noen symptomer som det er viktig at pasienten er oppmerksom på. Symptomer som kan tyde på at det transplanterte organet ikke fungerer som det skal er blant annet *urinmengde og farge*. En sjelden gang kan en se at urinmengden avtar hvis avstøtning av nyren er et faktum. Hvis pasienten går raskt opp i vekt eller det er andre tegn på opphoping av væske skal lege kontaktes for kontroll. Mørkere urin kan også være tegn på avstøtning. En kan få lysere avføring, eventuelt diaré og det hvite i øyet, samt huden kan bli gult. *Generell sykdomsfølelse og økt temperatur* kan i sjeldne tilfeller skje, men det er ikke vanlige tegn på avstøtning (Myrseth et al., 2012).

Hvis nødvendige prøver er tatt og det blir konstatert at det er en avstøtning, vil det i første omgang bli behandlet med immundempende medikamenter intravenøst. Det kan også være aktuelt med endringer i medikamentene pasienten allerede står på. Denne behandlingen er vellykket i de aller fleste tilfeller, skriver Myrseth et al. (2012).

4.5 Lovverk

Vi har valgt disse lovene da det er lover som gir rammer for helsepersonells yrkesutøvelse og er sentrale med tanke på sykepleie og vår oppgave. Disse vil bli trukket inn i drøftingskapittelet.

4.5.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasientene, og sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell (Helsepersonelloven, 2016).

4.5.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

I lovens § 3-1 står det om pasient og brukers rett til å medvirke i egen behandling. Medvirkningen skal tilpasses hvert enkelt individ basert på deres evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt det lar seg gjøre utarbeides i samarbeid med pasient og bruker. Dette kalles brukermedvirkning.

§ 3-2. Pasienten har rett til å få den informasjonen som er nødvendig, for at en skal få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjon om risiko og bivirkninger skal også gis. Pasienten har rett til å få informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for at en skal kunne ivareta sine rettigheter.

§ 3-5 sier noe om hvilke forutsetninger vi som helsepersonell må ta hensyn til, som alder, modenhet, erfaring og kultur. Informasjonen skal gis på en forståelsesfull måte, og en skal forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er blitt gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 2015).

4.6 Pasientundervisning

Eide & Eide (2007) skriver om pasientens behov for informasjon. For at pasienten skal bedre kunnskapene en har behov for og er i stand til å ta i mot, er det å formidle kunnskap en hjelpende metode. Dette er aktuelt for alle pasienter, uavhengig av hvilken situasjon en befinner seg i og hvilket møte en har med pasienten. Sykepleieren må tenke gjennom hvordan informasjonen skal gis og hvorfor en gjør det på den måten da alle mennesker er forskjellige. Det krever omtanke å tilpasse undervisningsbehovet til hver enkelt, det samme gjør

formidlingen. Det er viktig at pasienten både hører, forstår og husker det som er nødvendig og føler seg ivaretatt på en god måte (Eide & Eide, 2007).

Undervisningen skal være relevant for den som skal motta den. En må da finne ut hvilken type informasjon en trenger og på hvilken måte den skal gis. Målet er at pasienten skal mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpent som mulig. Eide og Eide (2007) har skrevet ned tre ulike hovedoppgaver som helsepersonell står ovenfor:

1. Undersøke hvilken informasjon og kunnskap pasienten trenger
2. Skaffe informasjon, planlegge og finne mål, gjerne sammen med pasient
3. Gi informasjon på en god måte – i dialog og samhandling med pasient

4.6.1 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg ved å gi tilfredsstillende og tilrettelagt informasjon. Samtidig skal en forsikre seg om at informasjonen er forstått. Sykepleierne har også et ansvar for å holde seg oppdatert på ny forskning og utvikling innenfor eget fagområde og anvende den nye kunnskapen i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi kan også lese om sykepleierens ansvar i rammeplanen for sykepleieutdanning hvor det blant annet står at vi skal, etter endt utdanning, ha kompetanse til å undervise, veilede og informere pasienter om problemer og behov som oppstår ved sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2005).

Sykepleierens undervisende funksjon er en viktig del av sykepleie. Undervisning kan defineres som en metode for å formidle kunnskap eller en målrettet, systematisk læringsprosess. Det innebærer blant annet at kompetansen vår blir anvendt på en måte som er egnet ovenfor pasienten. En må ha situasjonsforståelse og forståelse for helheten, samtidig som en ivaretar opplevelsesaspektet, og på den måten kan hensikten med undervisningen oppnås. Det forutsetter at sykepleieren setter seg inn i temaet som det skal undervises i, når og hvordan den skal foregå, gjerne i samråd med pasient (Tveiten, 2008).

Det som ofte kan føles som en stressfaktor for pasientene, er at de har opplevelsen av og ikke ha tilstrekkelig kunnskap, noe som kan føre til at pasienten blir usikker i forhold til sin nye livssituasjon. Ofte dreier usikkerheten seg om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helsen og redusere risikoen for tilbakefall (Mæland, 2010). Pasienter har beskrevet at den

største frykten er at de ikke har nok kunnskap for å kunne mestre sin situasjon. Sykehusoppholdet er kortere nå enn tidligere og det er derfor begrenset med tid til undervisning, desto mer viktig er det med tilrettelagt og planlagt undervisning. Bevisstheten rundt eget ansvar og/eller medansvar for sin egen helsetilstand og ønsket om å tilegne ny kunnskap har økt blant pasientene (Granum, 2003).

En kronisk sykdom vil ofte kreve tilpasning og mestring av blant annet nye og ukjente oppgaver. Pasientene må lære seg å tolke symptomer og tegn som kan oppstå, følge behandlingsopplegget og passe seg slik at risikoen for tilbakefall eller forverring reduseres. Informasjon, som allerede er gitt, bør også gjentas og eskalere ettersom pasienten får mer erfaring og møter nye utfordringer. Pasientundervisning blir derfor sjeldent gjennomgått kun en gang (Mæland, 2010). En bruker det engelske ordet «compliance» for å beskrive hvordan pasienten følger legens forordninger. Mæland (2010) skriver om en studie som viser at mange ikke følger legens råd til punkt og prikke, at vel så mange som halvparten ikke gjennomfører en behandling som er langvarig. Jo mer avansert og langtekkelig behandling er, jo mindre er sjansen for at den blir fulgt. Av erfaringer viser det seg at pasientundervisningen blir mer effektiv når en går ut i fra disse prinsippene;

At undervisningen er relevant og tilpasset pasientenes behov og interesser

At undervisningen er individualisert, slik at pasientene selv kan bestemme takten og stille spørsmål

At undervisningen er handlingsorientert og konkret, slik at pasientene får hjelp til å foreta de nødvendige endringene i livet sitt

At pasientene får mulighet til selv å registrere hva de får til av endringer

At pasientene får belønning og oppmuntring når de oppnår positive fremskritt (Mæland, 2010, s. 120).

På bakgrunn av disse grunnleggende prinsippene står helsepersonell ovenfor en utfordring med mangel på tid og ressurser, spesielt på sykehus. En kan også ta i bruk audiovisuelle hjelpemidler, i tillegg til individuell informasjon, som for eksempel pasientinformasjon på video eller pc, da dette synes å kunne ha en positiv effekt. Det må da være relevant, komme fram tydelig og være på riktig tidspunkt. Gruppeundervisning kan være gunstig da det gir mulighet for strukturert læring og hvor deltakerne også kan få nytte av erfaringer fra

hverandre. Pasientene kan bli mer bevisste rundt egne opplevelser eller oppdager egen kunnskap, noe som kan bidra til at følelsen av mestring øker (Mæland, 2010; Tveiten, 2008).

Det er sykepleierne som har ansvaret for at pasientene har fått den nødvendige opplæringen de trenger før de blir skrevet ut fra sykehuset. Selve målet, som nevnt tidligere, er at pasienten skal føle seg trygg og ha kontroll over situasjonen, slik at de føler de kan mestre den nye hverdagen. Viktige områder er at pasienten får forståelse og kunnskap om aktuelle medikamenter og når en skal kontakte lege. Mangelfull forståelse eller misforståelse kan gi alvorlige konsekvenser, det er derfor ønskelig at pasienten gjengir/demonstrerer hva en har lært, med egne ord (Almås, Stubberud & Grønseth, 2010).

4.6.2 Undervisning om organspesifikk og generell egenkontroll

Daglige observasjoner for å oppdage en eventuell avstøtning går under området organspesifikk egenkontroll, mens generell egenkontroll omhandler å observere tegn til infeksjon, som feber og luftveisplager (hoste med eller uten ekspektorat). Forhøyet temperatur og sykdomsfølelse kan også være en indikasjon på avstøtning. Den generelle egenkontrollen innebærer også regelmessige kontroller hos lege, ved for eksempel hudforandringer. Det er viktig å oppmuntre pasienten til å journalføre blant annet diurese, vekt og nødvendige opplysninger om medikamenter. Denne dagboken skal tas med til kontroll hos den ansvarlige transplantasjonslegen. En forutsetning for et godt resultat på kort- og langsikt av transplantasjonen er et godt samarbeid mellom lege og pasient (Almås, Stubberud & Grønseth, 2010).

4.8 Motivasjon og mestring

Begrepet motivasjon kommer av latin og betyr «å bevege». Et motiv er altså det som får et menneske til å handle (Håkonsen, 2014).

Handlinger utført av den ytre motivasjonen er selve grunnlaget for handlingen mennesker gjør i forhold til forventninger av en selv eller at en vil oppnå noe som en ser som belønnende. Det kan være et styrket selvbilde eller komplimenter fra andre. Ytre motivert atferd er med andre ord noe en gjør for å oppnå noe. Handlinger som derimot er utført av den indre motivasjonen, er handlinger gjort for sin egen del. Mennesker har dermed ikke hensikt å oppnå noe annet, enn at handlingen blir utført. En kan derfor si at de fleste handlingene en gjør er ytre motivert (Håkonsen, 2014). Er pasienten motivert, vil det være større mulighet for å oppnå mestring.

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over sitt eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med å endre (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61).

Mennesker som er i en vanskelig situasjon i livet, må klare å danne hjelpemidler for å løse eller håndtere helseproblemer. For å finne ulike metoder som hjelper pasienten med å mestre problemer handler det om hvilke mestringsstrategier som blir tatt i bruk. Menneskers evne til å mestre bygger på ulike strategier og varierer fra gang til gang (Hummelvoll, 2014). Det finnes ikke en bestemt måte å mestre på, alle må gjøre dette på sin egen måte. Det å ha følelsen av kontroll er basis i all mestring. For pasienten skal ikke nødvendigvis kun mestre sin sykdom, men han skal mestre en tilstand, en situasjon eller utfordringer i hverdagen (Vifladt & Hopen, 2013). Pasienten vil gjennomgå en prosess der han blir i stand til å takle sin nye livssituasjon, og det er viktig at han oppnår kontroll i løpet av denne prosessen. Det er også viktig å få hjelp til å bevisstgjøre daglige utfordringer som kan oppstå av og å finne en løsning på det mulige problemet. Mestring kan altså forstås som noe en må klare på egenhånd, som å håndtere stress og sykdom, slik at en kommer seg videre på en god måte. Mestring kan også handle om å ha tilgang til ressurser som kan føre til blant annet kunnskap og ferdigheter og evnen til å utnytte dette (Gammersvik & Larsen, 2012).

I følge Lazarus og Folkman (1984), referert i Tveiten (2008), skiller en mellom to hovedformer for mestring: *problemfokusert mestring* og *følelsesmessig mestring*. *Problemfokusert mestring* fører til at en konsentrerer seg om den aktuelle situasjonen og ønsker å endre, avslutte eller løse det vanskelige i forbindelse med denne situasjonen eller problemet. *Følelsesmessig mestring* fører til at en fokuserer på de følelsesmessige problemene som er forbundet med den spesifikke situasjonen og ønsker å begrense det som de følelsesmessige plagene, men den aktuelle situasjonen vil fortsatt være uendret. Begge disse formene for mestring blir benyttet i dagliglivet, og begge er nødvendig for å kunne håndtere alle påkjenninger og stressopplevelser som en kan møte (Håkonsen, 2014). I følge Håkonsen (2014) er følelsesmessig fokusert mestring den formen som er mest nyttig i situasjoner hvor en opplever stress eller ubehag, hvor den aktuelle situasjonen ikke kan endres. Problemfokusert mestring er derimot mest nyttig hvis situasjonen er mulig å endre eller ordne opp i.

Læring og mestring kan noen ganger føre til oppmerksomhet rundt å prestere, noe som kan bidra til en form for presentasjonsangst. I England er det verdt å merke seg at de bruker ordet «Empowerment» i stedet for mestring (Vifladdt & Hopen, 2004). Verdens helseorganisasjon definerer Empowerment slik: «... en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse» (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 175).

Empowerment handler derfor om å ha eller ta kontroll over det som påvirker egen helse. Vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten med dette ved å gi pasienten nok kunnskap og makt til å styrke og ha tro på seg selv. Det er tre prinsipper som alle er sentrale begreper i empowerment tenkningen; *pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling* (Gammersvik & Larsen, 2012).

5. Drøfting

Vi ønsker gjennom drøftingen å belyse hvordan sykepleierens undervisende funksjon kan gi pasienten nok kunnskap og forståelse til å oppleve mestring. Vår innfallsvinkel er presisert gjennom problemstillingen:

“Hvordan kan sykepleiere undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon, slik at de mestrer å leve med et redusert immunforsvar?”

Vi skal i det følgende se på ulike sider av hvordan vi som sykepleiere kan utøve vår undervisende funksjon på en slik måte at den utgjør en positiv forskjell for nyretransplanterte pasienter. Hvordan kan vi sikre best mulig effekt av undervisningen? Her spiller flere faktorer en viktig rolle, - vår kunnskap, tillit i sykepleier- pasientrelasjonen, pasientens motivasjon og tilrettelegging av undervisningen for å nevne noen. Dette blir vår ramme for å drøfte problemstillingen. Først ønsker vi å se nærmere på betydningen av sykepleiernes kunnskap.

I rammeplanen for sykepleiere står det skrevet at etter endt utdanning, skal vi ha kompetanse til å undervise pasienter om sykdom og problemer som kan oppstå. For en nyretransplantert vil det være flere utfordringer og det er viktig at vi som sykepleiere kan undervise disse pasientene på en forsvarlig måte, slik at de ved utskrivelse føler at de mestrer sitt reduserte immunforsvar. Vi har ansvar for å forsikre oss om at informasjonen som er gitt, er forstått (Kunnskapsdepartementet, 2005; Norsk sykepleierforbund, 2011). Hvordan sikre at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen som skal til for å undervise? I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det skrevet at sykepleierne har et eget ansvar for å holde seg oppdatert på ny forskning og litteratur innenfor eget fagfelt. Videre har ledere av sykepleietjenesten et særskilt ansvar for å sikre at sykepleierne har den kunnskap som trengs, slik at de kan få den nødvendige kompetanse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dersom ikke leder tilrettelegger for dette, vil det kanskje føre til mangel på kompetanse. For å få god kompetanse må en ha kunnskap, og denne kunnskapen utvikles av arbeidserfaring eller videreutdanning som spesialiserer seg innenfor et spesifikt fagområde (Tveiten, 2008).

Sykepleierens undervisende funksjon er både sammensatt og utfordrende. Sykepleier må ha god formidlingsevne for å kunne dele sin kunnskap på en måte som når frem til pasienten. I følge Helsepersonelloven § 1 (2016) skal vi bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienten, og det er derfor svært viktig at vi som sykepleiere kan utføre dette i henhold til loven. Vi må ha

kunnskap om temaet det skal undervises i, ellers er det stor fare for at undervisningen ikke vil være tilstrekkelig. Dette kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten da det kan føre til at vedkommende ikke får tilstrekkelig eller nok informasjon, eller i verste fall bli feilinformert (Almås, Stubberud & Grønseth, 2010). Det er svært viktig at sykepleieren har både teoretiske og praktiske kunnskaper om nyretransplanterte for at undervisningen skal ha en effekt. I møte med denne pasientgruppen er det avgjørende at sykepleieren har disse kunnskapene slik at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Tveiten, 2008).

Som vi har beskrevet i teorikapittelet er viktigheten av at den transplanterte pasienten har tilstrekkelig med kunnskap og forståelse ovenfor immunforsvaret essensielt for å oppleve mestring. En stor del av jobben for oss som sykepleiere vil være å undervise pasienten slik at han oppnår den kunnskapen og tryggheten han trenger for å mestre det reduserte immunforsvaret. Hvordan kan vi som sykepleiere øke mestringsfølelsen hos transplanterte pasienter som har et redusert immunforsvar? Pasienter kan oppnå mestring ved å ha god kunnskap om hvordan immunforsvaret blir påvirket av immundempende medikamenter. Dersom pasienten ikke har denne informasjonen kan det føre til stor usikkerhet rundt det å leve et normalt liv, da en ikke har fått nok undervisning til å føle trygghet i dagliglivet. Mestring dreier seg for det meste om opplevelsen av å ha kontroll over eget liv (Gammersvik & Larsen, 2012; Vifladt & Hopen, 2004). For at pasienten skal oppnå mestring gjennom undervisning er det viktig med tillit til helsepersonellet. Hvordan kan vi gå frem for å skape den tilliten hos pasienten? I følge Tveiten (2008) vil sykepleier - pasientrelasjonen allerede ved første møte være av stor betydning for tillit. I dette møte kan pasienten få følelsen av å bli sett og hørt, og vil videre kunne sitte med et inntrykk av hvilken kunnskap sykepleieren innehar. Sykepleierens kunnskap vil dermed kunne være avgjørende for om det oppstår tillit. Ved lite kunnskap vil pasienten derimot kunne føle usikkerhet rundt helsepersonellet, som igjen kan føre til angst og mistillit til oss som sykepleiere. Dette vil kunne hemme motivasjon for læring og pasienten vil kunne oppleve liten følelse av kontroll, noe som er grunnlaget for all mestring (Vifladt & Hopen, 2004). Urstad, Wahl, Andersen, Øyen & Fagermoen (2012a) påpeker at ved å ha kontinuitet vil det kunne skape en relasjon til pasienten og en god dialog. Dette vil igjen kunne skape et tillitsforhold til den enkelte sykepleier. Samtidig vil det kunne være en utfordring å opprettholde kontinuitet da dette yrket kan være hektisk og uforutsigbart med tanke på for eksempel uforutsette situasjoner og tidvis mye ansvar. Til tross for dette er det viktig at sykepleier viser forutsigbarhet, opprettholder eventuelle avtaler og er tilgjengelig for pasienten (Tveiten, 2008).

I studien til Urstad, Wahl, Andersen, Øyen og Hagen (2012b) fant de at det kun er gjort ni studier på verdensbasis som omhandler undervisning post-operativt etter nyretransplantasjon. Etter systematisk gjennomgang av disse studiene kom de frem til at det er et stort behov for bedre undervisning til nettopp disse pasientene. Medikamentenes virkning og avstøtning var de viktigste temaene for pasientene å lære mer om da dette medførte størst usikkerhet. Tidlig i post-operativ fase, til tross for mulig «hangover» effekt etter narkosen, var pasientene motiverte til å lære da de visste at det var livsviktig. Både immundempende medikamenter og avstøtning er knyttet til immunforsvaret, og det er derfor viktig at pasienten får et helhetlig bilde av dette og klarer å se sammenhengen. Orem (2001) påpeker også viktigheten av at pasienten har en viss forståelse for virkningen av medikamentene. I denne sammenheng omfatter dette immundempende medikamenters virkning og bivirkning. Å gi denne informasjonen på en varsom måte er vesentlig slik at pasientene ikke blir bekymret. Medikamentene har alvorlige bivirkninger som det er viktig at de får informasjon om med helsepersonell til stede, da disse kan vekke bekymring. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (2015) sier at pasienten har rett til informasjon som er nødvendig. Ved å foreta en kartlegging av pasienten vil vi finne ut hva han vet fra før slik at undervisningen blir tilrettelagt og tilpasset den enkelte (Santos, Kirchmaier, Silveira, Arreguy-Sena, 2015; Orem 2001). Er det for eksempel en sykepleierstudent eller lege som har blitt transplantert, er kanskje noe undervisning unødvendig, men dette kan også variere stort. Det er derfor viktig at vi som sykepleier innhenter god informasjon om pasienten før undervisning kan iverksettes, slik at pasienten får en liten innføring i hva som forventes ved endt undervisning og pasienten får mulighet til å komme med sine ønsker og tanker.

I følge Orem (2001) og basert på egne erfaringer har vi dermed funnet ut at det kan være gunstig med en kartleggingssamtale før undervisningen starter. I denne kartleggingssamtalen bør sykepleier og pasient ha en dialog om hva pasienten forventer av seg selv, hvilke forventninger han har til oss og undervisningen. Her kan vi stille åpne spørsmål som; «hvordan går det med deg?», «hva skal til for at du føler du mestrer dette?» og «hva skal du klare når du kommer hjem?». Ifølge Tveiten (2008) vil dette kunne skape en åpen dialog og vi vil kunne få større innsikt i hva som skal til for at pasienten skal mestre situasjonen. Videre kan vi fortelle noe om hvilke forventninger vi har til oss selv som sykepleiere og hvilke forventninger vi har til pasienten. I løpet av denne samtalen vil det være en fordel om vi avtaler tidspunkt for undervisning med pasienten, slik at pasienten kan være med å velge tid som passer hans timeplan. Pasienten vet selv når på dagen han er mest mottakelig for læring.

For noen er dette tidlig på dagen, mens andre har bedre læringsutbytte på ettermiddagen. Videre kan vi snakke om hva pasienten føler seg utrygg på og avtale hva som skal leses på i «Veien videre», et hefte med informasjon alle nyretransplanterte får utdelt, til neste undervisning slik at både vi og pasienten er forberedt. Vi vil da få en klarhet om hvor pasienten står med tanke på kunnskap, ønsker og behov.

Av egne erfaringer vet vi at det foreligger et minstekrav til kunnskap og ferdigheter før pasienten kan skrives ut fra avdelingen etter en nyretransplantasjon. Det innebærer blant annet at pasienten legger feilfri dosett, fører transplantasjonsdagbok med oversikt over medikamenter, temperatur, vekt, inntak av væske og diurese. Informasjon om disse minstekravene til kunnskap og ferdigheter bør bli gitt i denne kartleggingssamtalen etter transplantasjonen, til tross for noe redusert allmenntilstand, slik at pasienten er klar over hva som forventes før utskrivelse. Samtidig er det viktig at pasienten ikke føler seg presset til å prestere, da dette vil kunne ha motsatt effekt av det vi ønsker å oppnå (Vifladt & Hopen, 2004).

For at pasienten skal bli mottakelig for undervisning er det noen områder det er viktig å tenke på. Å undersøke hvilken informasjon og kunnskap pasienten trenger om immunforsvaret er svært viktig, noe vi har nevnt tidligere, da dette vil legge et grunnlag for undervisningen videre, slik at vi kan skreddersy undervisningen til hver enkelt pasient. Hvor er pasienten i forhold til læring? Er pasienten motivert? Når er pasienten mest mottakelig for undervisning? Det er her viktig at pasienten får være med i beslutninger og medvirke i egen behandling. Dette vil hjelpe pasienten til å ta kontroll over det som påvirker egen helse og kan styrke pasienten sin mestringsopplevelse (Gammersvik & Larsen, 2012; Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, 2015). Videre er det vår oppgave som sykepleier å innhente den informasjonen pasienten selv opplever usikkerhet rundt, eksempelvis immunforsvaret, og vi kan dermed finne ut hva som skal til for at pasienten skal oppnå mestring (Eide & Eide, 2007). Hvis vi ikke gjør dette og underviser med utgangspunkt i det vi antar at pasienten har behov for å vite, kan undervisning føles mindre relevant for pasienten på bakgrunn av at vi kan ha oversett hva han egentlig ønsker kunnskap om (Mæland, 2010).

Vi har tidligere nevnt at motivasjon er en faktor for pasientene da informasjonen de får er livsviktig. Ut i fra forskning og litteratur kommer det klart frem at pasienter ofte har den nødvendige motivasjonen som skal til for å klare å tilegne seg ny kunnskap (Urstad et al., 2012a). Med denne motivasjonen vil det være til stor hjelp for hva pasienten selv klarer å

innta, men det vil også gjøre det lettere for sykepleier som skal undervise. Men det er ikke alltid pasienten føler seg motivert, noe som kan bidra til å hemme læringen. Orem (2001) sier at pasienten som skal lære må være motivert til det, noe som er i tråd med litteraturen vi har valgt. Ukonsentrerte og umotiverte pasienter er en utfordring, da de kanskje ikke ønsker den nødvendige informasjonen rundt det å leve med nedsatt immunforsvar. Er ikke pasienten mottakelig for informasjon vil det bli vanskelig å opprettholde en dialog og en kan fort virke autoritær. Dette vil være uheldig for videre samarbeid og for sykepleier - pasientrelasjonen. Det kan derfor være nødvendig å vise forståelse og avvente med informasjon til pasienten har fått samlet tankene, deretter kan sykepleier anvende pasienten sine egne mål, og bruke disse for å motivere pasienten (Tveiten, 2008).

En pasient som er transplantert kan være i en psykisk eller fysisk omveltning, noe som igjen påvirker hvordan og hva en lærer, og hvor mottakelig en er for informasjon. Eksempler på fysiske faktorer er blant annet smerte, trøtthet og energi. Psykologiske faktorer kan være motivasjon, holdninger og emosjonell respons på det å være syk eller i dette tilfelle å ha mottatt et nytt organ (Granum, 2003). Dersom vi opplever at pasienten har store smerter, som igjen kan påvirke læring, vil et alternativ være å tilby smertestillende i forkant av undervisning. En bivirkning etter en transplantasjon er at pasientene ofte føler seg utmattet og har mer behov for søvn og hvile. Dette kan være en utfordring da det er begrenset med tid til undervisning (Urstad et al., 2012a). Av egen erfaring vet vi at pasienter uansett ikke vil bli sendt hjem før sykepleier, i samråd med lege, mener han er klar for det. Dårlige pasienter eller de som ikke har de nødvendige kunnskaper eller ferdigheter blir overflyttet til en nyremedisinsk sengepost for videre oppfølging.

Tid er som tidligere nevnt en utfordring når det kommer til både liggetid på avdelingen og undervisning. Målet er at pasienten skal føle mestring og trygghet i hverdagen, samtidig som sykepleieren erfaringsmessig ofte har liten tid til undervisning. Dette er en faktor som kan ha innvirkning på undervisningen og pasientens forståelse. På sykehuset er det ofte stort tidspress og ut i fra dette er det ikke sikkert sykehuset er den beste arenaen for undervisning. Men, samtidig er sykepleiere og leger ofte spesialiserte på sitt område. Det kan derfor være en løsning å planlegge undervisningen over en periode slik at sykepleieren kan avtale med kollegaer at de for eksempel overtar arbeidsoppgaver mens du har pasientundervisning. På den måten kan sykepleieren få mulighet til å fokusere på undervisningen og en slipper avbrytelser (Granum, 2003). Hvis sykepleiere klarer å arbeide i et team vil det være lettere å opprettholde kontinuitet, slik som vi har nevnt tidligere i drøftingen. Ved å jobbe i team vil de

samme sykepleierne jobbe rundt pasienten, til tross for turnus, og pasienten blir fulgt opp av sykepleiere som er kjent med han og hans undervisningsbehov.

Men hvor skal undervisningen foregå? Egnede undervisningsrom kan være en mangelvare. Det beste alternativet både for pasient og sykepleier vil være å sitte uforstyrret, da avbrytelser ofte kan føre til mindre oppmerksomhet både hos pasient og sykepleier. Hvis pasienten deler rom med en annen, vil et alternativ være å spørre om medpasienten kan gå ut mens undervisningen pågår. Hvis dette ikke er mulig vil et annet alternativ være å finne et møterom eller et behandlingsrom som ikke er i bruk. På den måten får pasienten ro og vil kunne føle seg fri til å stille spørsmål uten å måtte tenke på andre medpasienter. Dersom undervisningen foregår på et pasientrom kan det være pasienten ikke stiller spørsmål, fordi han ikke vil at medpasienter skal få opplysninger om hans tilstand eller situasjon (Granum, 2003).

Undervisning er et svært viktig element for pasienter som har gjennomgått en transplantasjon da denne informasjonen er livsnødvendig. Tveiten (2008) sier at en kan undervise ved å bruke muntlig dialog og skriftlig informasjon. Ved å kommunisere muntlig vil det være lettere for pasienten å forstå informasjonen og vi åpner muligheten for spørsmål. Svakheten ved muntlig dialog er at det kan oppstå misforståelser mellom sykepleier og pasient. Det en kan gjøre for å hindre at slike situasjoner oppstår er å stille kontrollspørsmål. Vi kan da få muligheten til å lese ansiktsuttrykk og kroppsspråk, og dermed observere om det er noe som virker uforstått for pasienten. Ved å bruke kontrollspørsmål får pasienten muligheten til å gjengi med egne ord hva det har blitt snakket om og vi kan bli sikre på at riktig informasjon er blitt forstått (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5, 2015). Hvis pasienten fremdeles virker usikker på hvordan medikamentene påvirker immunforsvaret, kan løsningen for eksempel være å avtale et nytt tidspunkt for undervisning. Dette er et såpass viktig tema at det uansett bør undervises om flere ganger, selv om pasienten mener at informasjonen er forstått. I følge Urstad et al. (2012b) og av erfaring vet vi at det bør dokumenteres hvor mange ganger informasjonen har blitt gått gjennom slik at kollegaer, eventuelt teamet du jobber i, vet hvilken informasjon pasienten har mottatt tidligere. Dokumentasjonen burde inneholde hva det er undervist i, hvor mange ganger og i hvilken grad pasienten forstod innholdet. Hvis det ikke blir dokumentert kan det gå utover pasienten i form av at undervisningen ikke vil bli strukturert og pasienten kan dermed få for lite informasjon, noe som igjen kan føre til at målene for undervisningen ikke blir nådd.

Finnes det andre måter å undervise på, slik at informasjonen når frem? Orem (2001) skriver at gruppeundervisning kan være en god måte å undervise på da pasienten vil møte andre medpasienter som er i samme situasjon. Det gruppeundervisning derimot ikke gir rom for er å tilpasse undervisning til hver og en, samtidig som det vil være en utfordring å kartlegge pasientenes forventninger, oppfatninger, behov og mål. Denne metoden er ment for å gi samme informasjon om et bestemt tema eller sykdomstilstand. Et eksempel på å oppmuntre pasienter i gruppeundervisning kan være å få dem til å skrive ned tanker, spørsmål og forventninger, for så å ta det i plenum og diskutere rundt dette. Pasientene vil kunne føle at det er lettere å komme med innspill, hvordan de selv opplever situasjonen, hvordan de takler den og på den måten kan andre også dra nytte av de samme erfaringene. Gruppeundervisning kan bidra til å fremme motivasjon, da pasienten vil se at de ikke er alene og dermed kan dele erfaringer og oppmuntre hverandre (Tveiten, 2008). I følge Urstad et al. (2012a) er det også pasienter som har utviklet et langvarig vennskap på bakgrunn av gruppeundervisning. Dette kan være en svært god ressurs for alle pasienter som har blitt transplantert, da det vil være god støtte og flere som kan relatere seg til samme situasjon. En annen fordel med denne type undervisning er at sykepleieren kan spare «mer» tid ved å undervise pasienter som i utgangspunktet skal få den samme informasjonen, noe som vil være svært gunstig i en hektisk hverdag som sykepleier. Men det finnes også ulemper ved å ta i bruk gruppeundervisning. Blant annet kan for eksempel noen av pasientene bli for dominerende og det vil dermed ikke bli rom for andre å komme til med sine innspill. Det kan også være at pasienten ikke tørr å snakke om situasjonen sin i en mindre forsamling, derfor er det viktig at sykepleieren legger til rette slik at alle får deltatt og føler seg ivaretatt (Tveiten, 2008; Urstad et al., 2012a).

Det finnes også undervisningsmaterieell vi kan ta i bruk. Teknologien har utviklet seg og det kan derfor være lurt med hjelpemidler, som for eksempel informasjonshefte, videoundervisning, data, bilder, animasjoner eller en app på smarttelefon. Dette vil kunne være neste steg å ta for å nå frem til dagens generasjon, men samtidig må sykepleieren tilpasse dette etter pasientens forutsetninger. Ulempen ved å bruke telefon som hjelpemiddel vil være at dette kan skape distraksjoner og avbrytelser som kan føre til at undervisningen blir ufullstendig. Videoundervisning og animasjoner kan være et bra alternativ da det kan gjøre undervisningen mer varierende og mer detaljert, men samtidig kommer det stadig ny og oppdatert kunnskap, og innholdet i videoen vil bli utdatert. Fra hospitering ved Oslo universitetssykehus vet vi at alle nyretransplanterte får et informasjonshefte som heter «Veien videre», som vi har nevnt tidligere. Dette er et materieell som vil være gunstig å bruke ved

pasientinformasjon og undervisning da vi kan gå igjennom dette sammen med pasienten, slik at de er innforstått med hva alt i heftet betyr. Fordelen ved å bruke «Veien videre» er at det står enkelt forklart noe som vil gjøre den lettere å lese for pasienten og alle sykepleiere vil kunne ta i bruk samme materiell. Vi kan ikke se noen ulempe ved å bruke «Veien videre» da pasienten får med seg dette hjem og kan bruke dette som et oppslagsverk dersom de lurer på noe. En positiv side ved dette er at vi vil ha gått igjennom innholdet sammen med pasienten og usikkerhet rundt dette oppslagsverket allerede er avklart før hjemreise. Informasjonsheftet kan hjelpe pasienten på god vei til å mestre det reduserte immunforsvaret, da alt fra hva en bør være oppmerksom på, hvem som kan kontaktes og når, står beskrevet.

Vår erfaring fra hospitering ved Oslo universitetssykehus er at det er viktig, som en del av undervisningsopplegget, å gi en praktisk undervisning som tar for seg nødvendige gjøremål, eksempelvis å føre transplantasjonsdagbok. Der blir det blant annet notert diurese, vekt og nødvendige opplysninger om medikamenter. Å måle diurese vil kunne gi en indikasjon på en eventuell avstøtning, da pasienten vil kunne se om det er ubalanse mellom inntak av væske og det som skilles ut som urin. Det er en forskjell i å lese teori og gjøre noe i praksis. Pasientene føler seg kanskje tryggere med helsepersonell rundt seg da det alltid er noen en kan spørre, mens hjemme står en på egenhånd. Derfor er det viktig at de får god oppfølging og undervisning på sykehuset, slik at de oppnår mestring og slipper å føle seg utrygge når de kommer hjem. I følge Urstad et al. (2012a) ble følelsen av tillit til mestring etter utskrivelse bygd opp under opplæringen på sykehuset. Det å få lov til å være med på de praktiske gjøremålene var med på å bidra til det å lære om hvordan det skulle gjøres hjemme, noe som også bidro til mestring over ny livssituasjon. Slik fikk pasientene følelsen av å kunne stole på egne ferdigheter til å klare dette på egenhånd.

Metodene som er nevnt ovenfor kan alle brukes, men det er vanskelig å si noe om hvilken av metodene som gir best resultat. Vi vurderer, på bakgrunn av forskning og litteratur vi har benyttet, at det er mest gunstig å ta i bruk individuell planlagt undervisning med skriftlig og muntlig dialog som metode. I tillegg kan det være nyttig å gi kort og konsis informasjon om livslang behandling, kjennetegn på avstøtning og infeksjoner. Vi har tidligere nevnt at undervisning bør bli gjennomgått flere ganger, og det er da mulig å kombinere noen av metodene eller å benytte seg av de ulike alternativene, alt ettersom hva pasienten har best utbytte av. Hvis vi lykkes i å få til dette vil det ha en positiv effekt på pasienten og undervisningen, noe som igjen vil bidra til at han oppnår mestring.

Når det nærmer seg utskrivelse vil sykepleier ha en samtale med pasienten hvor det blant annet blir spurt om når medikamentene skal tas, hva tegnene på avstøtning er, hva en bør holde seg unna og når en skal kontakte lege eller avdelingen. På den måten vil vi få ett innblikk i hvor pasienten står i forhold til sin nye situasjon og hva som er forstått eller ikke. En vil også da kunne oppklare eventuelle misforståelser som har oppstått. Myrseth et al. (2012) skriver at de fleste avstøtningene som oftest skjer innen 2-7 uker. I denne tiden vil pasienten få tett oppfølging av leger og sykepleiere ved Medisinsk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, hvor videre undervisning også blir gitt. Av erfaring vet vi at det er noen pasienter som lurer på om de må gå med munnbind fordi de er mer utsatt for infeksjoner. Svaret på dette er nei. Helsepersonell ønsker at pasienten skal leve et så normalt liv som mulig. Det de derimot får råd om er at de ikke bør oppsøke mennesker med vannkopper, da vannkopper kan gi dødelig utfall nettopp på grunn av nedsatt immunforsvar. Chandraker (2014) skriver en er mest mottakelig for infeksjoner de første 1-3 månedene da det er på dette tidspunktet de immundempende medikamentene er på sitt høyeste.

Videre vet vi at pasientene også får tilbud om et lærings- og mestringskurs (LMS), som blir holdt jevnlig, hvor både pasient og pårørende er velkomne til å delta. Kursene tar for seg hvordan pasientene skal få mer innsikt i egen situasjon og styrke sin mestring av hverdagen og forebygge sykehusinnleggelse. Pasientene vil på dette kurset få videre oppfølging i forhold til relevante temaer som immundempende medikamenter, mestring, kosthold, samliv og informasjon om landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte (Myrseth et al., 2012).

Vi har i denne oppgaven gått nærmere inn på sykepleierens undervisende funksjon sett i lys av vår problemstilling. Vi har drøftet hvordan ulike faktorer kan påvirke måloppnåelse for undervisning til nyretransplanterte pasienter og vil nå forsøke å oppsummere resultatene i konklusjonen.

6. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi arbeidet mot å finne svaret på vår problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon, slik at de mestrer å leve med et redusert immunforsvar?»

Statistikk viser at det er økning i antall nyretransplantasjoner, og oppgaven vår underbygger at det er svært viktig at vi som sykepleiere har nødvendig kunnskap og kompetanse for å kunne hjelpe pasienten til å mestre å leve med et redusert immunforsvar. Funnene vi har gjort har gitt oss innsikt i, og bredere forståelse av hvordan vi kan undervise pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon. Vi har drøftet ulike utfordringer for å besvare problemstillingen, og ser nødvendigheten av at sykepleier har god kunnskap om emnet det undervises i og undervisningsmetoder. Å la pasienten være delaktig vil hjelpe oss til å tilpasse undervisningen til hver enkelt med tanke på at alle har ulike behov og ønsker. Er undervisningen tilrettelagt og sykepleierens kunnskap og formidlingsevne tilfredsstillende, vil det kunne bidra til at pasienten oppnår mestring. Tilrettelegging for undervisning på sykehus kan være en utfordring og dette krever planlegging, godt samarbeid med pasienten, god kommunikasjon og samhandling innen sykepleiergruppen.

Slik vi vurderer funnene i oppgaven er det hovedsakelig individuell tilpasset undervisning med både skriftlig og muntlig dialog, som fremstår som det beste alternativet. Dette vil være en trygg læresituasjon for pasienten, samt at det gir rom for åpenhet og vil være tillitsskapende i sykepleier - pasientrelasjonen. Våre funn forteller oss videre at å kombinere individuell undervisning med gruppeundervisning vil gi en gunstig tilleggseffekt gjennom at pasientene kan dra nytte av hverandres erfaringer og at de kan knytte livslange bånd.

Dette arbeidet underbygger at sykepleierens undervisende funksjon både er sammensatt og utfordrende, samtidig som den er en essensiell del av kunnskapsformidlingen til nyretransplanterte pasienter. Vi vil hevde, på bakgrunn av vår drøfting, at sykepleierens kompetanse, kombinert med en tilrettelagt, målrettet og effektiv formidling av kunnskap i sykepleier- pasientrelasjonen, bidrar til at pasientens forutsetning for mestring øker.

Vi ser avslutningsvis at våre funn vil kunne ha overføringsverdi for undervisning av andre pasientgrupper.

7. Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D-G, & Grønseth, R. (Red.). (2013) *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Kap. 36. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Biermann, K. U. (1996). *Dorthea E. Orems egenomsorgsteori: En innføring*.(30 sider). Høgskolen i Oslo.

**Chandraker, A. (2014). Overview of care of the adult kidney transplant recipient. *UpToDate, Waltham, MA, www.uptodate.com. Accessed, 22.* (15 sider).

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling: konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.). (2012) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

*Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. (142 sider). Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsepersonelloven. LOV-2015-12-18-121. § 1. (2016).

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Håkonsen, K. J. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E A. Skaug. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kunnskapsdepartementet. (2005). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. (15 sider). Lokalisert på: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

-
- *Myrseth, A. S., Reisæter, A. V., Lønne, A. R., Bergli, D., Grov, I, ... Simensen, Ø., W. (2012). *Veien videre*. (93 sider). Oslo-Universitetssykehus. Lokalisert på: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Transplantasjonsmedisinsk%20avdeling/Veien%20videre%20levertransplanterte.pdf>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg.). Oslo: universitetsforlaget.
- Nicolaysen, G & Hock, P. (Red). (2013). *Kroppens funksjon og oppbygning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (46 sider). Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- *Orem, D. E. (2001). *Concept of practice*. (5.utg. s. 12 - 22). St. Louis: Mosby-Year Book.
- *Pasient- og brukerrettighetsloven, [LOV-2015-05-22-32](#). § 3-1. (2015).
- *Pasient- og brukerrettighetsloven, [LOV-2015-05-22-32](#). § 3-2. (2015).
- *Pasient- og brukerrettighetsloven, [LOV-2015-05-22-32](#). § 3-5. (2015).
- **Santos, C. M. D., Kirchmaier, F. M., Silveira, W. J., & Arreguy-Sena, C. (2015). Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 337-343. (7 sider).
- *Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg, 299 sider). Bergen: Fagbokforlaget.
- **Urstad, K. H., Wahl, A. K., Andersen, M. H., Øyen, O., & Fagermoen, M. S. (2012a). Renal recipients' educational experiences in the early post-operative phase—a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 635-642. (8 sider).
- **Urstad, K. H., Wahl, A. K., Andersen, M. H., Øyen, O., & Hagen, K. B. (2012b). Limited evidence for the effectiveness of educational interventions for renal transplant recipients. Results from a systematic review of controlled clinical trials. *Patient education and counseling*, 90(2), 147-154. (8 sider).

*Vifladt, E.H, & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. (s. 58 – 85). Valdres: Valdres trykkeri.

*Vifladt, E. H, & Hopen, L. (2013). *Pasientopplæring – Kompetanse – veivalg – lederskap*. (s. 44 – 55). Valdres: Valdres trykkeri

*Selvvalgt litteratur.

[Antall sider: 711]

**Forskning.

Vedlegg:

Pico-skjema

<u>Patients/population/problem</u> HVEM?	<u>Intervention/initiativ/action</u> HVA?	<u>Comparison</u> ALTERNATIVER?	<u>Outcome</u> RESULTAT/EFFEKT?	↑ OR ↓
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Nyretransplanterte på sykehus voksne *kidney transplant Renal transplant adult	Undervisning Veiledning *Patient education Educational intervention Health education Patient information *teaching		Mestring Trygghet Ivareta helse Forebygge komplikasjoner *Coping	
← AND →				

Søkehistorikk:

Forskningsartikkel 1: SweMed+

Kombinerer søkningarna med boolesk logik med hjelp av kryssboxarna eller direkt i søkrutan, t ex. #1 AND (#2 OR #3)

	Nr	Søksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/>	3	kidney transplant	175	2016-01-15 14:09:30
<input type="checkbox"/>	6	patient education	3101	2016-01-15 14:10:32
<input type="checkbox"/>	7	#3 AND #6	10	2016-01-15 14:10:42

Forskningsartikkel 2: UpToDate

For å finne forskningsartikkel 2 tok vi i bruk UpToDate. Benyttet oss av disse søkeordene: Kidney transplant, rejection, adherence og immunosuppressive. Avgrenset søket til voksne og fikk da opp en liste med artikler og valgte den som var mest relevant for vår oppgave: Overview of care of the adult kidney transplant recipients.

Forskningsartikkel 3: Cinahl



Friday, January 15, 2016 4:18:21 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S8	S5 AND S6	Limiters - Published Date: 20050101-20151231 Search modes - Find all my search terms	8
S7	S5 AND S6	Search modes - Find all my search terms	10
S6	(MH "Coping") OR (MH "Symptom Distress")	Search modes - Find all my search terms	40,189
S5	S1 AND S4	Search modes - Find all my search terms	322
S4	S2 OR S3	Search modes - Find all my search terms	152,077
S3	AB teach*	Search modes - Find all my search terms	70,688
S2	(MH "Patient Education") OR (MH "Patient Discharge Education")	Search modes - Find all my search terms	84,783
S1	(MH "Kidney Transplantation+")	Search modes - Find all my search terms	8,860

Forskningsartikkel 4: Cinahl


Thursday, January 14, 2016 8:26:51 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S6	S2 AND S3 AND S4 AND S5	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text;CINAHL	8
S5	human	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text;CINAHL	2,027,486
S4	teaching	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text;CINAHL	113,941