



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling folkehelse

Campus Elverum

Anne Marthe Lie og Trond-Inge Thingstad

Bacheloroppgave i sykepleie

4BACH

Gammelt hjerte – nytt liv

Old heart – new life

Veileder: Bjørg Bøe

Antall ord: 11252

Bachelor sykepleie

BASY2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Tittelen på denne bacheloroppgaven i sykepleie er «Gammelt hjerte – nytt liv». Hensikten med dette litteraturstudiet er å fordype oss i hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe en pasient til livsstilsendring. Problemstillingen er slik: «Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien hjelpe pasienten med hjertesvikt til livsstilsendring slik at hjertesvikten bedres og en forverring forebygges?»

Samhandlingsreformen stiller krav til det norske helsevesenet om å gi rett hjelp, på rett sted til rett tid. I hjemmesykepleien stilles det høyere krav til kompetanse, tverrfaglig samarbeid og prosedyrer. Pasienter som før fikk behandling på sykehuset, blir nå ofte behandlet hjemme (Helse – og omsorgsdepartementet, 2009). Oppgaven drøfter hvordan vi kan benytte ulike måter å hjelpe en pasient til livsstilsendring, med fokus på empowerment, holisme og egenmestring. Oppgaven drøftes samtidig i lys av Dorothea Orems sykepleieteori om egenomsorg. Vi konkluderer med at pasientens sykdomsopplevelse og erfaring er subjektivt, og at pasientens opplevelse av god helse er individuelt. Derfor mener vi at pasienten selv burde identifisere hva som er viktig, slik at pasienten kan mestre egenomsorg. For å oppnå dette vil vi bruke et tverrfaglig samarbeid og en pedagogisk pleieplan.

«Hvis man ender opp med å sitte stille så mister en muskulatur, og det går bare nedover. Jeg er klar over at jeg ikke kommer opp på det nivået som jeg var på før. Men å få en forbedring, gå trappene i ett, enn å stoppe opp mange ganger... det er altså en utvikling på den måten, hverdagslig. (...) Det er aldeles sentralt å ha en balanse mellom det mentale og det fysiske. Altså det å akseptere en endret helsemessig situasjon. Også det å se det som er positivt, for Gud verden det er mye positivt som er igjen!»

- Jon

Nasjonalforsamlingen for folkehelsen. (2015, februar). *Å leve med hjertesvikt* [Videofil].

Lokalisert på <https://vimeo.com/116942578>

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	8
1.1 INNLEDNING	8
1.2 CASE	8
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV OPPGAVE	9
1.4 REDEGJØRELSE FOR VÅR FØRFORSTÅELSE.....	9
1.5 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	10
1.6 PRESENTASJON AV EGET FAGLIG STÅSTED.....	10
1.7 AVGRENSING AV OPPGAVEN.....	11
1.8 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER	11
1.8.1 Forebygging.....	11
1.8.2 Diagnose	12
1.8.3 Kronisk	12
1.8.4 Hypertensjon.....	12
1.8.5 Hjertesvikt	12
1.8.6 Holisme.....	12
1.9 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	13
1.10 OPPGAVENS DISPOSISJON	13
2 METODE.....	14
2.1 VALG AV METODE	14
2.2 SØKEMETODE	14
2.3 KILDEKRITIKK	15

2.3.1	Kriterier for forskning	15
2.3.2	Kriterier for litteratur	15
2.4	ETISKE OVERVEIELSER	17
3	TEORI	18
3.1	SYKEPLEIETEORI	18
3.2	HJERTESVIKT.....	19
3.3	HJEMMESYKEPLEIE	20
3.4	SYKEPLEIERENS ROLLE.....	21
3.5	BEGREPET HELSE.....	22
3.6	PEDAGOGISK TILNÆRMING	23
3.6.1	Veiledningsprosessen	23
3.6.2	Tilpasset veiledning.....	23
3.6.3	Veiledningens innhold.....	23
3.7	SYKEPLEIEPROSESSEN	24
3.8	PEDAGOGISK PLEIEPLAN.....	24
3.9	ENDRINGSSTADIENE	25
3.10	MOTIVERENDE SAMTALE.....	25
3.11	EMPOWERMENT.....	26
3.12	SENSE OF COHERENCE	26
3.13	AKTUELT LOVVERK	27
3.13.1	Helsepersonelloven.....	27
3.13.2	Pasient – og brukerrettighetsloven.....	27
4	PRESENTASJON AV FORSKNING	28

4.1	Å LEVE MED HJERTESVIKT	28
4.2	KONTROLL OVER EGEN HELSE	28
4.3	PASIENTRETTET PLEIE	29
4.4	AKSEPTERING AV SYKDOM	29
4.5	ULIKE BEHANDLINGSMETODER	30
4.6	MOTIVASJON GJENNOM ENDRINGSSTADIENE.....	30
5	DRØFTING.....	31
5.1	ÅGES OPPLEVELSE AV Å LEVE MED HJERTESVIKT	31
5.1.1	Psykkiske utfordringer.....	31
5.1.2	Hjertesvikt – en ny start.....	32
5.2	ULIKE FORMER FOR EGENOMSORG	32
5.2.1	Universell egenomsorg	32
5.2.2	Helsesviktrelatert egenomsorg.....	33
5.2.3	Utviklingsrelatert egenomsorg.....	34
5.3	PEDAGOGISK PLEIEPLAN.....	34
5.3.1	Åges ønsker i fokus	35
5.3.2	Sykepleierens ønsker	35
5.4	ÅGE I ENDRINGSSTADIENE.....	35
5.4.1	Før-overveiellesstadiet	36
5.4.2	Overveiellesstadiet	37
5.4.3	Forberedelsesstadiet.....	37
5.4.3.1	<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	<i>38</i>
5.4.3.2	<i>Et ansvarsområde hver.....</i>	<i>38</i>

5.4.3.3 Krevende samarbeid	39
5.4.3.4 God erfaring med samarbeid.....	39
5.4.4 Handlingsstadiet	40
5.4.5 Vedlikeholdsstadiet	40
6 KONKLUSJON	41
7 LITTERATURLISTE	44
VEDLEGG 1	

1 Innledning

1.1 Innledning

Den norske helsetjenesten har møtt utfordringer i forhold til at pasienter har behov for et mer sammensatt helsetilbud. Før Samhandlingsreformen ble innført 01.01.2012, lå fokuset på behandling av sykdom og komplikasjoner, i stedet for forebyggende og helsefremmende tiltak. De siste årene har den forventede levealderen i Norge økt og det er flere eldre som lever med kroniske sykdommer (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2014). Samhandlingsreformen påvirket i stor grad hjemmesykepleien. Reformen gjorde at hjemmesykepleien fikk ansvar for flere pasienter, i tillegg til nye arbeidsoppgaver. Hensikten er å øke kvaliteten på helsehjelpen og skape en økonomisk bærekraftig tjeneste (Fjørtoft, 2012 & Helse – og omsorgsdepartementet, 2009).

1.2 Case

Hjemmesykepleien i en kommune i Norge har fått melding om en ny bruker. Åge Aleksandersen er en mann på 72 år og har jobbet som murer i 43 år. Aleksandersen er skilt, har to sønner på 34 og 41 år og seks barnebarn mellom 6 og 22 år. Forrige uke ble Aleksandersen lagt inn på sykehuset etter at han ble alvorlig dyspneisk. Han hadde smerter i brystet, satt forovervendt på bakken og var ikke i stand til å reise seg uten hjelp. På sykehuset ble Aleksandersen diagnostisert med sekundær hypertensjon, venstresidig ventrikkelhypertrofi og venstresidig hjertesvikt grad tre. Nå er Aleksandersen plaget med tung pust og redusert fysisk funksjonsevne. Dette gjør at han ikke mestrer hverdagen sin like godt som tidligere. I rapporten gis det informasjon om at høyt blodtrykk ligger i familien og at hans far hadde flere hjerteinfarkt før han døde. Aleksandersen er lite fysisk aktiv og trives best foran fjernsynet. Han er lite interessert i matlaging, derfor blir måltidene ofte kjøpe og enkle løsninger. Maten pleier å bestå av mye fett, rødt kjøtt, salt, lite grønnsøker og fiber. Til daglig røyker han cirka 20 sigaretter.

På sykehuset ble det gjennomført en generell kognitiv utredning, men det ble slått fast at han ikke har reduserte kognitive evner. Helsepersonellet på sykehuset har hatt samtale med Aleksandersen og de dokumenterer at han viser manglende sykdomsinnsikt. De skriver at han

ikke ser sammenhengen mellom hans livsstil og nåværende helsetilstand. Han har derfor lite motivasjon og interesse for å endre livsstilen sin.

Det er bestemt at hjemmesykepleien skal besøke Aleksandersen morgen og kveld, for å gi han veiledning og oppfølging slik at hjertesvikten bedres og at han unngår en forverring.

1.3 Begrunnelse for valg av oppgave

Når vi skulle bestemme oss for hvilket tema vi ønsket å skrive om, hadde vi på forhånd bestemt at vi ville skrive om en stor pasientgruppe. Vi har gjennom vår utdannelse blitt kjent med Samhandlingsreformen fra 2009, og hvordan den påvirker helsevesenet i Norge og vår rolle som sykepleier. Med økt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak i henhold til Samhandlingsreformen, skal mer av behandlingen foregå i hjemmet. På grunnlag av dette syntes vi at det ville være interessant å fordype oss rundt dette temaet. Vi diskuterte ulike pasientgrupper med KOLS, diabetes, hjerneslag, hjerteinfarkt, overvekt og fedme. Vi bestemte oss for å jobbe med en pasient som har hjertesvikt, siden dette er en sykdom vi har erfaring fra gjennom praksis på sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus. Vi valgte å bruke rollen vår som sykepleier i hjemmesykepleien, fordi dette er det stedet vi personlig har mest erfaring fra med hjertesviktpasienter.

Gjennom praksisperiodene som er nevnt ovenfor, har vi fått erfaringer med pasienter som ikke ønsker eller ikke forstår viktigheten av korrekt medisinbruk, kosthold og forebyggende hjelpemidler og tiltak. Vi har sett sykepleiere i praksis som gir råd til pasientene i forhold til dette, uten å forklare hvorfor det er viktig for pasienten. Det kan ha ført til at pasienten ikke har forstått hensikten og derfor ikke fulgte rådene. I andre tilfeller har vi sett sykepleiere som har vært nøye med å forklare, for eksempel: viktigheten av mobilisering og kosthold. Dette førte til at pasienten fulgte rådene.

1.4 Redegjørelse for vår førforståelse

Fra før vet vi at økende alder gir økt risiko for hjertesvikt. Vi vet også at forventet levealder i Norge har økt (SSB, 2014). Vi tenker at det kan være en sammenheng mellom alder og denne sykdommen. Vår førforståelse og oppfatning er at det er behov for helsefremmende og forebyggende sykepleie hos denne pasientgruppen. Vi tenker livsstilsendring hos denne

pasienten kan være nyttig, men at det krever kunnskapsformidling og motivasjon av oss som sykepleiere for at livsstilsendringen skal lykkes.

1.5 Presentasjon av problemstilling

Vi har kommet frem til en problemstilling som vi ønsker å besvare i denne oppgaven: «Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien hjelpe pasienten med hjertesvikt til livsstilsendring slik at hjertesvikten bedres og en forverring forebygges?»

Tradisjonelt er sykepleierens funksjon og ansvar til denne pasientgruppen å ivareta de grunnleggende behov. Sykepleieren skal også observere og vurdere slik at tegn på utvikling eller en forverring av hjertesvikten oppdages (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010). Vi som sykepleiere skal yte vår helsehjelp til denne pasientgruppen med en faglig forsvarlighet på en omsorgsfull måte. Videre er vi pålagt å gi informasjon til pasienten. Vi viser her til Helsepersonelloven (1999). Pasienten har rett på all informasjon som er nødvendig, for å få innsikt og forståelse for sin sykdom og helsehjelpen som gis. Dette er beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Disse to lovene beskriver hvilket ansvar sykepleiere har ovenfor pasienten. Denne problemstillingen er derfor sentral i vår rolle som sykepleiestudenter og sykepleiere. Informasjon og videreformidling av kunnskap viktig, slik at pasienten opplever empowerment. Empowerment er i seg selv et begrep, virkemiddel og samtidig et mål som skal gi en person en opplevelse av makt, kontroll og styring over sitt eget liv. Personen skal få hjelp til å styrke sine egne ressurser og til se muligheter i situasjonen og livet. Det vil gi økt selvtillit, bedre selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2007).

1.6 Presentasjon av eget faglig ståsted

Vi er to studenter som har en felles interesse for hjertesykdommer. Vi ønsker en faglig bredde som ferdigutdannet sykepleiere, siden vi kan møte pasienter med hjertesykdommer på flere områder innen sykepleie. Gjennom tilegnet kunnskap og erfaringer er vi blitt bevisste på våre yrkesetiske holdninger som sykepleiere. Vi er spesielt opptatt av sykepleier – pasient – fellesskapet som handler om at fokuset er rettet mot møtet mellom to mennesker, altså sykepleier og pasient. Hensikten er at vi skal kunne møtes som to likeverdige personer og

skape felles opplevelser. Målet er å gi pasienten selvinnstikk og forståelse slik at pasienten i størst mulig grad kan bearbeide og løse sitt helseproblem. I noen tilfeller kan målet også være å hjelpe pasienten til å lære seg å kunne leve med problemet (Hummelvoll, 2014).

1.7 Avgrensning av oppgaven

Vi har avgrenset oppgaven til sykepleierens rolle i hjemmesykepleien, siden dette er et sted hvor man som sykepleier har mer tid og muligheter til å jobbe forebyggende og helsefremmende. Ut fra den sykepleieteorien vi har valgt, vil oppgaven ha fokus på sykepleierens hjelpemetoder om å veilede og undervise en pasient. Innunder dette vil vi også se nærmere på den fysiske og psykiske støtten vi som sykepleiere kan gi.

Statistikk viser at fordelingen mellom menn og kvinner med hjerte – og karsykdommer er jevnt fordelt i Norge (SSB, 2014). For å holde en rød tråd gjennom oppgaven og for å gjøre den så konkret som mulig, har vi valgt å bruke case med en mann. I denne oppgaven har vi ikke fokus på diagnosen hjertesvikt, men hvordan vi som sykepleiere kan jobbe for at den oppståtte sykdom ikke skal forverres. Pårørende kan være en ressurs i hjemmesykepleien, men vi har valgt å bare fokusere på pasienten, fordi oppgaven er i en begrenset størrelse. Vi tar utgangspunkt i at pasienten ikke befinner seg i en krisesituasjon, slik at problemstillingen kan bli besvart på best mulig måte.

Vi har igjennom litteraturen blitt kjent med at det er mulig å følge opp pasienter i hjemmesykepleie gjennom elektroniske verktøy som for eksempel telefon, datamaskin og internett. Vi har valgt å følge opp pasienten gjennom direkte pasientkontakt i hans hjem. Det er vist at pasientkontakt kun gjennom elektroniske verktøy ikke har like god forebyggende effekt, sammenlignet med direkte kontakt (Horwitz & Krumholz, 2013).

1.8 Definisjon av sentrale begreper

1.8.1 Forebygging

I medisinsk sammenheng defineres forebygging som en behandling med fokus på å forhindre eller utsette sykdom hos friske personer. Det kan også bety å forhindre at en sykdom

forverres eller å redusere de funksjonelle komplikasjonene relatert til en sykdom (Mæland, 2010).

1.8.2 Diagnose

En medisinsk diagnose kan være navn på sykdommer med felles kjennetegn, kroppslige forandringer, eller direkte beskrivelser av pasientens plager (Store Norske Leksikon [SNL], 2009).

1.8.3 Kronisk

I medisinsk sammenheng defineres en diagnose som kronisk dersom diagnosen har vært vedvarende i minst seks måneder (SNL, 2009).

1.8.4 Hypertensjon

Hypertensjon er en diagnose med forhøyet blodtrykk over en lengere periode. Hypertensjon deles inn i primær og sekundær hypertensjon. Ved primær hypertensjon kan man ikke finne en direkte årsak til det økte blodtrykket. Det forekommer hos mer enn 90% av alle pasienter med hypertensjon. Sekundær hypertensjon har en påvist årsak, og skyldes oftest på grunn av nyresykdommer og nyreskader (Ørn, 2011).

1.8.5 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en tilstand hvor hjertets pumpeevne er svekket og ikke klarer å tilfredsstille kroppens behov for oksygen. Hypertensjon og koronarsykdommer er årsaken til 75-80% av alle hjertesviktdiagnoser, men klaffefeil og hjerterytmeforstyrrelser er også vanlige årsaker. Hjertesvikt over lengre tid kan føre til væskeretensjon og perifere ødemdannelser, angina pectoris og ventrikkelhypertrofi av hjertet, skriver Eikeland, Haugland og Stubberud (2010).

1.8.6 Holisme

Begrepet holisme kommer av det greske ordet *holos* som betyr *hel* og *fullstendig*. En holistisk måte å tenke på innebærer at sykepleier «ser» hele mennesket. Personen deles ikke opp i ressurser eller enheter, men er en helhet. Personens helhet er dens kropp, sjel, tanker og følelser (Ehdin & Ehdin, 2002).

1.9 Hensikten med oppgaven

Denne oppgaven er vår siste eksamen i bachelorstudiet sykepleie, hvor vi har muligheten til å fordype oss i et selvvalgt tema. Hensikten med vårt valgte tema og problemstilling er å belyse og besvare problemstillingen gjennom å benytte modellen for kunnskapsbasert praksis i sykepleie. Det innebærer at vi bygger oppgaven vår på forskning, kunnskap og erfaring. I denne modellen må vi også bruke vårt faglige skjønn og etiske vurderinger (Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nortvedt & Reinart, 2012).

1.10 Oppgavens disposisjon

Dette litteraturstudiet er delt opp i seks hovedkapitler. Oppgavens disposisjon og framgangsmåte er hovedsakelig basert på Dalland (2012). I kapittel en tar vi for oss oppgavens innledning. Der presenterer case, problemstilling og ulike faglige begreper. I kapittel to kritiserer vi litteraturen og forskningen vi har funnet, samt redegjør for valg av metode. Kapittel tre inneholder teori som legger grunnlaget for drøftingen. Kapittel fire tar for seg funn i forskning, som vi mener er relevant for drøftingen. I kapittel fem drøfter vi problemstillingen ut ifra teori og forskning i lys av valgt sykepleieteori. Konklusjonen vil komme i kapittel seks.

2 Metode

2.1 Valg av metode

I henhold til oppgavens retningslinjer er dette et litteraturstudie. Litteraturstudiet baserer seg på relevant forskning, pensumlitteratur, erfaringer fra praksis og brukerkunnskap. Denne metoden bygger på modellen for kunnskapsbasert praksis (Graverholt et al., 2012). Vi mener dette er praktisk gjennomførbart for å kunne besvare oppgaven innenfor tiden som er avsatt. Ved å bruke denne modellen vil vi være i stand til å ta en faglig avgjørelse på grunnlag av systematisk innhentet kunnskap. Denne modellen er også viktig for oss som sykepleiere ute i praksis. Derfor har vi brukt Erfaringskompetanse (2014) som en kilde til brukerkunnskap og pasienterfaringer. Vi har et ansvar som sykepleiere til å holde oss oppdatert på ny kunnskap som kvalitetssikrer behandling og pleie til pasienten.

2.2 Søkemetode

For å finne frem relevant forskning rundt vår problemstilling, jobbet vi individuelt med egne PICO-skjemaer. PICO er en modell som sikrer at søkene er mest mulig presise. Det gjør at resultatene som kommer opp er relevante for hva man søker svar på. Det er et verktøy for å søke frem ulike kvalitative og kvantitative forskningsartikler (Graverholt et al., 2012). Flere av søkeordene var MeSH-termer, som er medisinske termer eller nøkkelord som brukes internasjonalt. Ved bruk av disse termene fikk vi søketreff på lignede terminologiske begreper (Graverholt et al., 2012). Når vi søkte med MeSH-termer, ga det oss større treff på norske og engelskspråklige forskningsartikler. Noen av termene vi bruke var: heart failure, chronic heart failure, lifestyle illness, venstresidig hjertesvikt og hjertesykdom.

Se vedlegg nummer en for oversikt over søkeord, databaser, avgrensninger og antall treff i søkeprosessen vår.

2.3 Kildekritikk

2.3.1 Kriterier for forskning

Når vi skulle velge hvilken forskning vi ønsket å benytte, hadde vi noen utvelgelseskriterier. Vi søkte i validerte databaser som ligger på toppen av S-pyramiden. Jo høyere opp på pyramiden forskningsartikkelen ligger, jo bedre er artikkelen fagfellevurdert og anvendbar (Graverholt et al., 2012). Deretter analyserte vi forskningsartiklene gjennom å se på oppbyggingen. I analysen brukte vi IMRAD-modellen, siden de fleste forskningsartikler er bygget opp etter denne modellen. IMRAD er en forkortelse for innledning, metode, resultat, sammendrag og drøfting/diskusjon (Graverholt et al., 2012). Hvis artikkelens oppbygging var basert på denne modellen, analyserte vi dens relevans for oppgaven.

Relevansen ble vurdert etter hvilken pasientgruppe og aldersgruppe artikkelen omhandlet. Videre vurderte vi om artiklene belyste problemstillingen ut i fra for eksempel egenmestring, råd i forhold til kosthold og aktivitet, livskvalitet og ulike behandlingsmetoder til pasienter med hjertesvikt. For å sikre at artiklene var oppdatert og gjeldene, ønsket vi ikke forskning som ikke var publisert senere enn 2004. Vi hadde en sjekkliste vi brukte for å kvalitetsvurdere artikkelen. Sjekklisten tok for seg forskningens metode, formål, tilnærming, valg av deltagere, eventuelle påvirkninger og om informasjonen var underbygget av annen forskning (Graverholt et al., 2012).

Vi har brukt tre kvantitative forskningsartikler, en kvalitativ, og to oppsummerte forskningsartikler. Disse belyser problemstillingen med ulike vinklinger. Se kapittel 4 for presentasjon av forskningen. En kvantitativ forskning gir data i form av målbare enheter, som for eksempel gjennomsnittsalder. En kvalitativ forskning tar for seg personers meninger og opplevelser (Dalland, 2012). Alle artiklene vi har brukt er engelskspråklige. Fordi vi ikke har engelsk som morsmål kan en svakhet være at vi har mistolket noe av innholdet i artiklene.

2.3.2 Kriterier for litteratur

Når vi skulle finne litteratur som var aktuelt for oppgaven, søkte vi etter litteratur i høgskolens bibliotek i BibSys. Søkeordene vi brukte var hjertesvikt, hjerterehabilitering, kommunikasjon, sykepleieteori, livsstilsendring, empowerment og den motiverende samtalen. Gjennom å bruke disse søkeordene fant vi både selvvalgt – og pensumlitteratur.

Kriteriene for litteraturen var at bøkene skulle belyse problemstillingen ved at de omhandlet livsstilsendring, sykepleieteori, hjertesvikt som diagnose og sykepleie til pasienter med hjertesvikt. Vi ønsket at litteraturen skulle være oppdatert, men litteraturens innhold, relevans og kvalitet var viktigere enn publiseringsdato.

Boken *Orems sykepleiemodell i praksis* (Cavanagh, 1999) er en selvvalgt litteratur vi har brukt. Den gjør rede for Dorothea Orems sykepleieteori om egenomsorg. Denne boken er en sekundærkilde oversatt fra engelsk til norsk. Derfor er det mulig at oversetteren kan ha mistolket elementer av teorien til Orem. For å unngå mistolking har vi kvalitetssikret oversettelsen i *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (Kristoffersen, 2011).

Videre har vi brukt boken *Motiverende samtalen – Endring på egne vilkår* (Barth & Näsholm, 2007). Denne boken er selvvalgt litteratur og forklarer hvordan vi kan tilnærme oss og motivere Åge på en respektfull måte.

Boken *Empowerment – i teori og praksis* har også blitt brukt (Askheim, 2007; Tengqvist, 2007). Denne selvvalgte litteraturen har vi benyttet for å forstå empowerment og hvordan vi skal bruke det i en veiledende sykepleierolle. Siden empowerment er et engelsk begrep kan det oppstå mistolking når vi selv oversetter det til norsk. For å være sikre på at vi har forstått empowerment korrekt, har vi dobbeltsjekket begrepet i boken *Læring og Mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (Fagermoen & Strøm, 2011).

Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter (Fjørtoft, 2012) er pensumlitteratur fra fjerde semester. Boken gjør godt rede for vårt profesjonelle og yrkesetiske ansvar som sykepleiere i hjemmesykepleien.

Boken *Kommunikasjon i relasjoner* (Eide & Eide, 2007) har vært brukt for å forklare hva sykepleieprosessen er og hvordan vi kan bruke denne prosessen i sykepleie til Åge. Boken har vært pensumlitteratur i løpet av sykepleiestudiet. Boken kilderefererer til validert litteratur og forskning.

2.4 Ethiske overveielser

I henhold til Helsepersonelloven (1999) har vi beholdt taushetsplikten ved at casen er fiktiv, men den baserer seg på erfaringer. Eksemplene i oppgaven er anonymisert, ved at vi ikke skriver pasientens eller pårørendes identitet. Behandlingsinstitusjonene blir heller hengitt.

Vi har henvist litteraturen vi har brukt etter American Psychological Association-standard (APA-standard). Dette er i henhold til oppgavens retningslinjer. Ved å bruke denne standarden har vi henvist til kildene på korrekt måte og anerkjent forfatterne av litteraturen og forskningen.

3 Teori

3.1 Sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Dorothea Orems egenomsorgsteori for å forklare sykepleiemetoder og tiltak som kan brukes. Teorien drøftes i lys av relevant forskning og litteratur for å besvare problemstillingen.

Dorothea Orems egenomsorgsteori har tre ulike vinklinger; universelle egenomsorgsbehov, helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov og utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999; Kristoffersen, 2011). Universelle egenomsorgsbehov beskrives ifølge Orem som de grunnleggende behovene som er nødvendig for å opprettholde menneskelig eksistens og biokjemiske prosesser. Disse behovene er luft, mat, vann, eliminasjon, hygiene, aktivitet, hvile, trygghet, samt personlig og sosial utvikling (Cavanagh, 1999). Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov er behov som oppstår ved sykdom, skade eller funksjonssvikt. Dette krever at personen søker hjelp eller iverksetter nødvendige tiltak for å ta vare på sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999). Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov kan deles opp i to kategorier. Den første kategorien er de behovene som må være tilstede for å kunne utvikle seg gjennom livsstadiene. Den andre kategorien er behovene man har i forhold til for eksempel utdanning, sosial og økonomisk sikkerhet (Cavanagh, 1999).

Det er tre begreper som benyttes for å forklare egenomsorg. Disse er egenomsorgsbehov, egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Egenomsorgsbehov defineres som de ulike behovene som må dekkes for å opprettholde en persons normale funksjon, eksistensiell utvikling og god helse. Egenomsorgskrav er de spesifikke tiltakene og handlingene som en person må gjennomføre for å bevare egenomsorgsbehovene. Egenomsorgskapasitet beskrives som personens evne til å identifisere egne svikt i egenomsorgsbehovene, og samtidig ha innsikt og evne til å iverksette tiltak for å bevare sin egenomsorg. Personens egenomsorgskapasitet består av personens genetiske faktorer, kulturelle forhold, subjektive erfaring og helsetilstand (Cavanagh, 1999; Kristoffersen, 2011).

Sykepleierens funksjon og hjelpemetoder er ifølge Orems teori å gjøre noe for andre, samt legge til rette miljø og omgivelser som kan fremme utvikling. Sykepleieren skal også gi

fysisk og psykisk støtte og bruke sine kunnskaper til å undervise og veilede pasienten. (Cavanagh, 1999; Kristoffersen, 2011). For å kunne undervise pasienten, er det viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens bakgrunn, erfaring, kunnskap, vaner og livsstil. Dette må tas hensyn til slik at informasjonen som blir gitt, er på samme nivå som pasientens evne til å forstå (Cavanagh, 1999; Kristoffersen, 2011). Pasientens egen motivasjon er viktig. Det innebærer at han er interessert og forberedt på å lære (Cavanagh, 1999; Kristoffersen, 2011).

3.2 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en tilstand hvor hjertet ikke lenger klarer å pumpe nok blod ut i kroppen. Dette gjør at kroppens vev og organer ikke får tilstrekkelig med blodforsyning for å kunne opprettholde en normal funksjon. Det er to ulike typer hjertesvikt; høyresidig og venstresidig hjertesvikt. Det diagnostiseres ut fra hvor svikten primært ligger. Venstresidig hjertesvikt er den vanligste typen. Når vi snakker om hjertesvikt i dagligtalen, er det venstresidig hjertesvikt det refereres til. Venstresidig hjertesvikt kan også deles opp i systolisk eller diastolisk svikt i hjertet. Men det er ikke vanlig å skille på dette i det daglige, siden en systolisk svikt nesten alltid vil medføre en diastolisk svikt (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010; Brunvand & Ørn, 2011). Venstresidig svikt fører til redusert slagvolum, stuvning og økt blodtrykk i lungekretsløpet. Det vil gi symptomer som redusert fysisk evne, ødemdannelser og dyspné som forverrer seg ved aktivitet. De vanligste årsakene til venstresidig hjertesvikt er hjerteinfarkt, ventrikelhypertrofi, hjerterytmeforstyrrelser og kronisk hypertensjon (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010; Brunvand & Ørn, 2011).

Hjertesvikt kan deles inn i fire ulike alvorlighetsgrader. Tabellen nedenfor viser New York Heart Association-klassifiseringsmodellen (NYHA).

NYHA-klasse	Fysisk anstrengelse	Dyspné	Eksempler på fysisk begrensning/symptomutløsning
1	Ingen svekkelse	Ingen	Ingen
2	Redusert yteevne ved moderate fysiske anstrengelser	Dyspné ved moderate fysiske anstrengelser	Rask gange i oppoverbakke eller trapper
3	Redusert yteevne ved lette fysiske anstrengelser	Dyspné ved moderate fysiske anstrengelser	Rolig gange på flatmark Kle på seg, utføre daglige gjøremål i huset
4	Orker ingenting	Dyspné ved den minste anstrengelse	Selv den minste anstrengelse gir symptomer

Tabell som forklarer NYHA-klassifiseringen. Fra L. Brunvand & S. Ørn, 2011. *Sykdom og behandling*, 1.utg., s.174. Oslo: Gyldendal Akademisk. Brukt med tillatelse.

Risikoen for å få venstresidig hjertesvikt øker med alderen. Det er vist at opptil 10-20% over fylte 70 år får hjertesvikt (Brunvand & Ørn, 2011). Det er forårsaket av to grunner. Først har det oppstått en utløsende skade, deretter skjer en gradvis forverring av hjertets funksjon. Dette vil gjøre at symptomene øker og til slutt vil svikten være så omfattende at personen kan dø. I behandling av hjertesvikt er det derfor viktig og forhindre at hjertesvikten forverres ytterligere. Korrekt og god sykepleie er avgjørende for at denne pasientgruppen skal kunne leve så lenge som mulig, med best mulig livskvalitet, skriver Brunvand & Ørn (2011).

3.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste som er dekket av kommunehelsetjenesten. I loven er det beskrevet at alle personer som oppholder seg i kommunen, har krav på de nødvendige helse – og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet. Denne helsetjenesten skal være helsefremmende og forebyggende mot sykdom, skader og

sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved informasjon, råd og veiledning, vi viser her til Helse – og omsorgsloven (2011).

Med samhandlingsreformen som ble igangsatt i 2012, medførte det endringer i hvordan helsetjenestene i Norge skulle organiseres (Fjørtoft, 2012). Reformen innebar at kommunehelsetjenesten fikk en ny rolle. Dette påvirket hjemmesykepleien i stor grad. Det er blitt lagt et større fokus på helsefremmende og forebyggende helsehjelp gjennom primær forebygging og tidlige tiltak ved oppstått sykdom. Hos pasienter med kroniske sykdommer skal hjemmesykepleien være forebyggende slik at sykehusinnleggelse kan unngås (Helse – og omsorgsdepartementet, 2009).

Sykepleie i hjemmet er til personer med kronisk eller akutt sykdom. Sykepleien skal innebære en helhetlig tilnærming til pasienten. Det innebærer at sykepleieren skal ta hensyn til miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som kan påvirke brukerens og pårørende helse. Målet er at den enkelte skal få nok hjelp til å kunne mestre hverdagen i hjemmet. Den enkelte skal ha muligheten til å oppleve at de har en helse slik de ønsker. Hjemmesykepleierens oppgave er å hjelpe mennesker i ulike aldre og livssituasjoner som har ulike behov. Uansett hvilket hjelpebehov den enkelte har, handler det om å se hele mennesket og situasjonen, og ikke bare de bestemte oppgavene (Fjørtoft, 2012; Ehdin & Ehdin, 2002).

Når vi som sykepleiere går inn i hjemmet til en person krysser vi en grense mellom det offentlige og det private rommet. Vi kommer inn til et hjem som personen har skapt. Hjemmet er formet av kjønn, alder, livssituasjon og sosial klasse. Vi har den unike muligheten til å få se historiene, meningene, drømmer, håp og behovene til pasienten. Med denne muligheten er det viktig at vi går inn med respekt og ydmykhet ovenfor personen og hjemmet. Det handler om at personen har krav på at dens verdighet og integritet blir ivaretatt (Fjørtoft, 2012).

3.4 Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle er variabel, dynamisk og strekker seg over et bredt ansvarsområde. Sykepleierens rolle tilpasses etter hvor sykepleieren møter pasienten og hvilke behov han

eller hun har. Sykepleieren har fire roller som påvirker pleien vi gir til pasienten. Det er den forebyggende og helsefremmende rolle, behandlende, lindrende og den undervisende rolle (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Vår forebyggende og helsefremmende rolle fokuserer på å styrke pasientens egne ressurser og hjelpe pasienten med å oppleve mestring. Den forebyggende rollen er å forhindre at sykdom og skade oppstår, forebygge forverring og komplikasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2010). Begrepet helsefremmende sykepleie tar ikke utgangspunkt i en sykdom, men derimot hvilke ressurser og evner en person innehar. Personen skal altså få kontroll over sin egen helse, slik den ønsker (Mæland, 2010). Sykepleierens behandlende rolle er å bistå i legens behandling til pasienten. Dette gjøres ved at vi observerer, dokumenterer og gjennomfører de behandlingstiltakene som legen har bestemt (Nortvedt & Grønseth, 2010). Sykepleierens lindrende rolle innebærer at pasienten ikke skal oppleve smerte og utrygghet i behandling eller oppfølging (Nortvedt & Grønseth, 2010). Som sykepleiere har vi også en undervisende rolle, noe som betyr at vi skal formidle kunnskap til pasienten. Informasjonen skal gi en økt følelse av trygghet og forståelse av sykdom og behandling. Informasjonen skal også innebære hvordan pasienten skal kunne mestre en hverdag med en ny kronisk sykdom eller en skade (Nortvedt & Grønseth, 2010).

3.5 Begrepet helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskrev i 1946 helse som ikke bare fravær av sykdom, men også fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende (Larsen, 2012). Vi ser kritisk på denne definisjonen, da mange personer opplever at de har en god helse selv om de for eksempel lever med en kronisk sykdom. Definisjonen blir også kritisert som utopisk og altomfattende av Larsen (2012). Derfor ønsker vi i stedet å benytte Peter Hjorts definisjon fra 1982 «Helse er å ha et overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 2010, s.181). Denne definisjonen sier noe om at en person har en subjektiv mening om sin egen helse. Derfor kan personen oppleve at en har det bra, selv om helsen ikke er «perfekt» (Hjort, 2010).

3.6 Pedagogisk tilnærming

3.6.1 Veiledningsprosessen

Veiledningsprosessen består av fem ulike faser: planleggingsfasen, introduksjonsfasen, arbeidsfasen, avslutningsfasen og bearbeidingsfasen. I planleggingsfasen skal sykepleieren forberede seg på møtet med pasienten, hvem pasienten er og hvordan sykepleieren ønsker å gå frem i arbeidsfasen (Tveiten, 2008). I den andre fasen møtes sykepleieren og pasienten for første gang. Her er det viktig at det første møtet brukes på å bli kjent og kartlegge hvilke forventninger de har til hverandre. Det er her tillitsforholdet blir etablert (Tveiten, 2008). I arbeidsfasen foregår selve veiledningsprosessen. Sykepleieren skal legge kunnskap og informasjon til rette slik at pasienten selv skal reflektere og bearbeide informasjonen. Pasienten skal forhåpentligvis selv komme frem til egne konklusjoner. Det kan også være nyttig at sykepleieren evaluerer veiledningsprosessen underveis, slik at eventuelle forandringer kan tilpasses (Tveiten, 2008). I avslutningsfasen trekkes ulike konklusjoner og læringsutbytter som pasienten har opplevd. Det blir også tatt opp hva veien videre kan/bør være. Det kan også være veldig relevant å gjøre en sluttevaluering av hva som fungert og hva som kunne ha vært gjort annerledes (Tveiten, 2008). Bearbeidingsfasen er ikke en direkte del av selve veiledningen, men det legges til rette for at pasienten kan reflektere over hvordan den nye kunnskapen kan påvirke hverdagen (Tveiten, 2008).

3.6.2 Tilpasset veiledning

Sykepleierens veiledende rolle må tilpasses situasjonen. Det må tas hensyn til tid, sted, rom og hvem som er involvert. Å kunne forstå hvem pasienten er og tilpasse oss den situasjonen vi er i, er viktige faktorer som må vektlegges for å sørge at veiledningen vil gi resultater (Tveiten, 2008).

3.6.3 Veiledningens innhold

Tveiten forteller at det kan være nyttfullt å undervise pasienten i enkel anatomi, sykdomslære og hensikten med behandlingen. Undervisningen bør også inneholde hvilke komplikasjoner som kan oppstå og hvordan pasienten eventuelt kan lindre smerte. Pasienten bør også få informasjon om hvilke rettigheter den har. Dersom pasienten blir undervist i dette, kan han oppleve mestring (Tveiten, 2008). Empowerment er et viktig og sentralt

virkemiddel i den veiledende funksjon. Det kreves at vi forstår viktigheten av pasientmedvirkning og maktfordeling mellom veileder og pasient, og at pasienten er ekspert på seg selv (Askheim, 2007).

3.7 Sykepleieprosessen

Eide & Eide beskriver en prosess som er utviklet for å systematisere hvordan sykepleieren arbeider for å tilfredsstille pasientens ulike behov (Eide & Eide, 2007). I den første fasen jobber sykepleieren med å samle inn relevant data om pasienten. Sykepleieren kartlegger pasientens ressurser, begrensinger og forandringer i hans tilstand (Eide & Eide, 2007). I den andre fasen formulerer sykepleieren relevante biologiske, psykologiske og sosiale sykepleiediagnoser, basert på pasientinformasjonen som er samlet inn. I den tredje fasen planlegger sykepleieren ulike kortsiktige og langsiktige mål som skal oppnås med de nye sykepleietiltakene (Eide & Eide, 2007). Under den fjerde fasen er planleggingen av sykepleietiltakene fullført, og tiltakene settes ute i praksis. Pasienten blir orientert og motiveres til å følge opp tiltakene. I den femte fases evalueres målene og de ulike tiltakene. I evalueringen skal sykepleieren vurdere om målene er nådd og om pasientens behov er tilfredsstillt. Deretter kan prosessen startes på nytt igjen (Eide & Eide, 2007).

3.8 Pedagogisk pleieplan

Vi ser at for å kunne lage en pedagogisk pleieplan, er det nødvendig med en grundig og grunnleggende sykepleieprosess som presenteres i kapittel 3.8 (Eide & Eide, 2007). Hensikten med å utvikle en god pleieplan for Åge, er å formulere en konkret plan som bidrar til at helsepersonellet er orientert om hvilke problemer og tiltak som fokuseres på. Dette gjør det mer sannsynlig at pleien, oppfølgingen og evalueringen blir konsistent over en lengre periode (Sandvand & Vabo, 2007). Pleieplanen identifiserer Åges diagnose, behandling og hvilke ressurser han stiller med. Deretter identifiserer vi ulike helse relaterte og psykososiale problemer som Åge er utsatt for. Senere planlegger vi de aktuelle tiltakene og en evaluering av disse (Sandvand & Vabo, 2007).

3.9 Endringsstadiene

Lerdal & Celius (2011) forklarer at det fins fem ulike hovedstadier en person går gjennom ved livsstilsendring. Disse fem fasene er før-overveielsstadiet, overveielsstadiet, forberedelsesstadiet, handlingsstadiet og vedlikeholdsstadiet.

Den første fasen er før-overveielsstadiet, her har personen ingen eller liten interesse for å gjennomføre en livsstilsendring. Personen er fornøyd med sin nåværende situasjon og ser ikke fordelene med eventuelle endringer. Den andre fasen kalles for overveielsstadiet, her har personen planer om å gjennomføre en livsstilsendring eller å starte opp med en ny aktivitet, men han har ikke gjennomført noe (Lerdal & Celius, 2011). Personer i dette stadiet opplever ofte en konflikt mellom kunnskap og ressurser. I forberedelsesstadiet er personen motivert for en livsstilsendring og har testet ut aktiviteter, men aktivitetene har ikke blitt en regelmessig rutine enda. I handlingsstadiet har de nye aktivitetene blitt en rutine i hverdagen og personen tilpasser omgivelsene rundt. Den siste fasen kalles for vedlikeholdsstadiet. Endringene har blitt til en rutine som har vært praktisert i seks måneder eller lengre (Lerdal & Celius, 2011).

3.10 Motiverende samtale

Motiverende samtale er en bestemt samtalem metode mellom sykepleier og pasient. Dette brukes i en faglig sammenheng hvor en pasient som befinner seg i en endringsprosess. Samtalen tar alltid utgangspunkt i pasientens oppfatninger, tanker og opplevelser. Sykepleieren kan styre samtalen og tilrettelegge for at pasienten kan reflektere over seg selv (Barth & Näsholm, 2007). På denne måten er det mindre sannsynlig at pasienten gjør motstand og man slipper en «maktkamp» mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren må vise trygghet og nysgjerrighet, siden det er avgjørende for at pasienten skal kunne se sine svake og sterke sider. Dette er en viktig oppgave sykepleiere har, da endringer ikke kan skje før pasienten selv har innsett at det er nødvendig. Man kan se på denne prosessen som et felles prosjekt hvor sykepleieren og pasienten er to likeverdige parter, men med hver sin rolle i prosjektet. Når pasienten selv kommer frem til en løsning, vil den sannsynligvis være den som er best for pasienten (Barth & Näsholm, 2007).

3.11 Empowerment

Det er vanskelig å gi en eksakt norsk oversettelse eller forklaring på ordet empowerment. Det blir ofte oversatt som myndiggjøring. Det vil si at sykepleieren «gir tilbake» makten til pasienten. En annen måte å forklare ordet på, er at empowerment handler om å gi pasienten nok kunnskaper til å klare seg selv. Andre vil si at det kan oversettes til mestring av hverdagen og dens utfordringer. Det kan også sammenlignes med brukermedvirkning. Uansett hvilken oversettelse man bruker er det et hovedpoeng at sykepleieren ikke skal være styrende, men at kunnskapen til sykepleieren og pasienten skal likestilles, skriver Askheim (2007).

Empowerment brukes som et begrep, virkemiddel og som et mål i seg selv. Uansett hvilken måte vi vil bruke empowerment, vil vi følge det unike menneskesynet og holdningene til dette. I et empowermentarbeid skal alle mennesker ses på som kompetente personer med ressurser, om de gis de rette forutsetningene. Det skal synliggjøres at alle mennesker er like mye verdt og at alle har like rettigheter. Pasientene skal hjelpes slik at de kan behandle seg selv. Fokuset er rettet mot personens ressurser og ikke dens problemer og utfordringer (Tengqvist, 2007). Å jobbe på denne måten styrker oppunder pasientens selvtillit, selvbylde, kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2007).

3.12 Sense of coherence

Et annet begrep som er viktig i en livsstilsendring er sense of coherence (SOC) (Askheim, 2007). Direkte oversatt er dette opplevelse av sammenheng (OAS). En opplevelse av sammenheng er viktig for å mestre egen helse. For å kunne lykkes må det være tre sentrale faktorer tilstede; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette handler om hvordan verden oppleves rundt en. Er verdenen kaotisk og uordnet, eller strukturert og tydelig? Det handler også om personen føler at den har ressurser til rådighet for å møte de kravene han eller hun står ovenfor. Ressurser kan være økonomiske og sosiale ressurser, religion eller helsepersonell (Antonovsky, 1987). I tillegg er det viktig at personen har noe i livet sitt som gir mening, både intellektuelt og følelsesmessig. Opplevelse av sammenheng kan endres i løpet av livet. I voksenlivet formes dette spesielt når man begynner å jobbe. Jobben kan styrke opplevelsen av sammenheng ved at den gir utfordringer, uten at det er fare for

utbrenthet. Dette er en balansegang som hele tiden kan være i endring på grunn av livssituasjon. Med en sterk OAS er personen beredt til å møte utfordringer og bruke ressursene sine til å se løsninger og/eller vinkle om utfordringene til noe positivt (Antonovsky, 1987).

3.13 Aktuelt lovverk

3.13.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven §4 (1999) plikter oss til å henvise pasienten videre til en annen behandling og inngå et samarbeid med andre yrkesgrupper når det er nødvendig. Helsepersonelloven §6 (1999) beskriver hvordan vi som sykepleiere har et ansvar for å ikke å påføre pasienter, institusjoner, trygd eller andre unødvendig tidstap eller utgifter. Helsepersonelloven §21 (1999) tar for seg vår taushetsplikt. Taushetsplikten skal følges slik at vi ikke gir andre tilgang eller kjennskap til informasjon og opplysninger, som vi har fått vite gjennom å være sykepleiere.

3.13.2 Pasient – og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) gir pasienten rett til å medvirke og velge mellom ulike tjenester og behandlinger. Her skal det legges stor vekt på hva pasienten mener er viktig. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) tar deretter for seg at pasienten har rett på all informasjon som er nødvendig for at den skal få innsikt i sin tilstand og helsehjelpen som utføres.

4 Presentasjon av forskning

4.1 Å leve med hjertesvikt

I en kvalitativ forskning som ble publisert i 2004 beskrives det hvordan menn opplevde å måtte leve med kronisk hjertesvikt. Forskningen er basert på intervju med 20 menn mellom alderen 43 og 73. I intervjuene ble det kun stilt åpne spørsmål til deltakerne, senere ble svarene analysert av forfatterne. Denne forskningen er aktuell for vår case da han er en mann i denne aldersgruppen (Male experience of heart failure, 2004).

Forskningen viste at mennene måtte lære seg å leve med konsekvensene av sykdommen, og samtidig gjøre grep i livet og tilpasse det i forhold til hjertesvikten. De beskrev de fysiske plagene som begrensende i hverdagen. De opplevde symptomene generell tretthet, svimmelhetsfølelse, dyspné, økt hjerterefrekvens, smerter i brystet og problemer med å ligge på ryggen. De hadde altså mindre ressurser og energi til å utføre det de ønsket i hverdagen. Energien varierte fra dag til dag, derfor var det vanskelig planlegge noe i hverdagen. Noen opplevde også at seksuallivet ble svekket ved at potensen ikke lenger var tilfredsstillende (Male experience of heart failure, 2004).

Den psykiske helsen til mennene var preget av angst, nervøsitet, frykt for symptomer og dødsangst. Hos noen utviklet dette også seg til en depresjon. De hadde tanker om døden, fordi de visste at hjertesvikt er en dødelig sykdom. Noen beskrev at de var bekymret, mens andre opplevde en slags ro da de tenkte på døden. Med denne sykdommen syntes deltakerne at det også fulgte med konsentrasjonsvansker. Sosialt sett følte de at kravene ble for store og mange mistet venner. Jobben ble for krevende, både fysisk og psykisk. Mange av mennene opplevde også å måtte bytte arbeid eller å slutte helt (Male experience of heart failure, 2004).

4.2 Kontroll over egen helse

I en oppsummert forskningsartikkel er det beskrevet hvordan personer med hjertesvikt selv kan ta kontroll over sykdommen sin og egen helse. Det er vist at det er mange pasienter som mangler evner, kunnskap og vilje til å ha en tilstrekkelig egenomsorg. Det kan være krevende for en pasient og måtte følge opp sin egen behandling for hjertesvikten, uten noen spesiell

opplæring og støtte. Så mange som en av fem innleggelser på sykehus på grunn av hjertesvikt kan skyldes mangel på kunnskap. Derfor er det avgjørende at de får informasjon og oppfølging slik at hjertesvikten ikke forverres. Med korrekt behandling vil man oppnå et lenger liv med bedre livskvalitet (Krumholz, Horwitz, Hunt, Villalba & Yeon, 2013).

4.3 Pasientrettet pleie

I en kvantitativ forskningsartikkel publisert i *Journal Behavioral Medicine* i 2010, presenteres det hvordan pasientrettet pleie kan øke sannsynligheten for at pasienten medvirker i behandlingen. En spørreundersøkelse ble sendt ut til 1341 militære veteranpasienter med hypertensjon. Undersøkelsen tok for seg hvilke faktorer som gjorde pasienten i stand til å følge sin planlagte behandling (Roumie et al., 2010). 499 pasienter fullførte undersøkelsen. Resultatene viste at pasientene som hadde et godt forhold til sin hjemmesykepleier, hadde en større sannsynlighet for å følge behandlingen. Pasientene mente at noe av det viktigste hjemmesykepleierne bidro med, var kunnskap og informasjon (Roumie et al., 2010).

4.4 Akseptering av sykdom

En annen kvantitativ forskning publisert i *European Journal of Cardiovascular Nursing* (2014) fokuserte på livskvalitet blant pasienter med kronisk hjertesvikt. De så på sammenhengen mellom pasientens livskvalitet og akseptering av sykdom (Obiegło et al., 2014). 100 pasienter med hjertesvikt grad to, tre eller fire i henhold til New York Heart Association (NYHA) ble undersøkt og vurdert (Obiegło et al., 2014). Resultatene fra denne forskningen viser at det er en klar sammenheng mellom pasientens livskvalitet og pasientens vilje til å akseptere sin kroniske helsetilstand. Lavt nivå av aksept var relatert med økt smerteopplevelse, sosial isolasjon, redusert energi, søvn og immobilitet (Obiegło et al., 2014). Det kom også frem at menn hadde en generelt høyere terskel mot smerter, mens personer som har vært skilt opplevde en følelse av sosial isolasjon (Obiegło et al., 2014).

4.5 Ulike behandlingsmetoder

I en oppsummert forskningsartikkel fra UpToDate (2013), tar artikkelen for seg ulike behandlingsmetoder og strategier for pasienter med hjertesvikt, både i hjemmet og på sykehuset. Sykdomsbehandlingen fokuserer på tre ulike kategorier; tverrfaglig samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleie, egenbehandling og oppfølging gjennom telefonkontakt (Horwitz & Krumholz, 2013). Resultatene fra disse forskningsprosjektene viste at pasienter som hadde en individrettet tverrfaglig samarbeid hadde en mindre sannsynlighet for reinnleggelse på sykehuset (Horwitz & Krumholz, 2013). Et tverrfaglig samarbeid som inkluderte en kardiolog, ga en bedre prognose til pasienter det første året etter stilt diagnose, sammenlignet med pasienter uten en tilgjengelig kardiolog (Horwitz & Krumholz, 2013).

Individrettet egenbehandling med jevnlig oppfølging reduserte sykehusinnleggelse relatert til hjertesviktforverring og generelle komplikasjoner, men hadde ikke effekt mot dødelighet (Horwitz & Krumholz, 2013). Telefonkontakt mellom pasient og helsepersonell var forebyggende mot sykehusinnleggelser relatert til hjertesvikt, men hadde ikke like gode resultater som ved direkte pasientkontakt. Telefonkontakten reduserte heller ikke dødeligheten (Horwitz & Krumholz, 2013).

4.6 Motivasjon gjennom endringsstadiene

Et kvantitativt forskningsprosjekt som varte over fire år undersøkte hvordan et samfunn motiverte innbyggerne til å delta på fysiske aktiviteter. På sikt ville prosjektet undersøke hvilke faktorer som var sentrale for deltagerne for å kunne bevege seg fremover i endringsstadiene. Samfunnet introduserte mer informasjon og aktivitetsmuligheter gradvis over tid. Forskningsprosjektet oppdaget blant annet at deltagerne som fikk psykisk støtte fra familie, venner eller støttegrupper, hadde en større sannsynlighet for å kunne fortsette med aktiviteten. Støtten de fikk bidro til en opplevelse av mestring og kontroll over aktivitetene. Dette bidro sterk til utvikling gjennom endringsstadiene (Lorentzen, Ommundsen, Jennum & Holme, 2007).

5 Drøfting

«Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien hjelpe pasienten med hjertesvikt til livsstilsendring slik at hjertesvikten bedres og en forverring forebygges?»

5.1 Åges opplevelse av å leve med hjertesvikt

Når vi skal hjelpe Åge til en livsstilsendring, må vi å sette oss inn i hans opplevelse av å leve med hjertesvikt. Det vil være vanskelig å få et korrekt bilde av hans opplevelse uten å ha en samtale med han. Som sykepleiere mener vi at vi må ha et innblikk for å vise forståelse i hvordan det kan oppleves å leve med hjertesvikt. Ved å vise forståelse og omtanke for pasienten vil det bli enklere for oss gi god psykisk støtte til Åge.

5.1.1 Psykiske utfordringer

Med tanke på at han har hjertesvikt grad tre, vil han merke symptomene godt ved moderate fysiske anstrengelser (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010; Brunvand & Ørn, 2011). Siden Åge er lite fysisk aktiv, kan det gi han begrensninger når han for eksempel skal kle på seg eller ta oppvasken. Når symptomene kommer, vil det hemme hverdagen til Åge i en slik grad at dagene vil kunne oppleves som svært begrensende (Male experience of heart failure, 2004). På grunn av hans situasjon, er vi bekymret for at Åge ubevisst velger å bli sittende i godstolen, nettopp fordi aktivitet gir han ubehag.

Når vi arbeider som sykepleiere er det viktig at vi innehar kunnskaper om at hjertesvikt ikke bare gir fysiske plager. Symptomene som oppstår ved hjertesvikt kan også gi psykiske plager (Male experience of heart failure, 2004). I praksis har vi møtt pasienter som føler de ikke lenger har noe å leve for. Mange opplever at det ikke spiller noen rolle hva de gjør, fordi de «skal dø snart likevel». Mange pasienter har også mistet lysten til å stå opp om morgenen. Det kan tenkes at symptomene gir så store plager at de ikke orker tanken på å gjøre noe anstrengende. Det kan også være at pasientene ikke lenger ser meningen i livet. Åge er pensjonert, skilt, bor alene, har voksne barn og har ingen spesielle oppgaver i løpet av dagen. Vi mener at det kan være en risiko for å bli preget av frykt for å få symptomer som angst, nervøsitet og dødsangst. Personer med hjertesvikt har dessuten i noen tilfeller også hatt så store psykiske plager at de har fått en depresjon (Male experience of heart failure, 2004).

Å ha angst og depresjon kan være svært plagsomt for Åge. Han kan bli preget av utmattelse, tomhet, kvalme, likegyldighet og en indre uro (Erfaringskompetanse, 2014). Sykepleieren må være kjent med at Åge har en risiko for å bli sittende, og med minimal aktivitet vil dette medføre en større risiko for psykiske plager. Samtidig vet vi at personer med angst og depresjoner ofte er i liten aktivitet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Med dette mener vi at Åges fysiske, psykiske og sosiale helse må bli sett på som en helhet og at dette er i et samspill med hverandre (Ehdin & Ehdin, 2002).

5.1.2 Hjertesvikt – en ny start

På en annen side er det ikke sikkert at Åge vil oppleve at han møter disse utfordringene. Vi har flere ganger ute i praksis sett mennesker med en sterk OAS. De har fått en alvorlig diagnose og har evnet å vinkle egen situasjon til noe positivt. Disse pasientene kan se på det som en oppvekker og en mulighet til å gjøre noe annet med livet. Andre tar det som et tegn på at de for eksempel skal gjenoppta kontakten med familie og venner, og nyte den siste delen av livet til det ytterste. Mange får en vilje og indre motivasjon til å ta opp kampen mot sykdommen og vise at den ikke skal få «ta fra dem livet». Ut i fra disse erfaringene tenker vi at det er mulig at Åge får en samme opplevelse. Casen beskrev at sykehuset opplevde at han ikke hadde sykdomsinnsikt og motivasjon til å gjøre endringer med livsstilen. Kan dette skyldes at kommunikasjonen åpnet for misforståelser mellom personalet og Åge? Kanskje trengte han bare å få litt tid til å tenke over situasjonen og hvordan det påvirker helsen hans? Dette er spørsmål vi må ta med oss når vi skal møte Åge, slik at vi kan gjøre vår egen datasamling og vurdering. På den måten vil vi jobbe i henhold til sykepleieprosessen.

5.2 Ulike former for egenomsorg

5.2.1 Universell egenomsorg

På grunn av Åges hjertesvikt vil hans universelle behov svekkes og alle de ulike behovene påvirker hverandre. Han er nylig diagnostisert med hjertesvikt, og befinner seg i en fase hvor forverring kan forhindres. Det er vesentlig at behandlingen settes raskt i gang for at tilstanden til Åge skal stabiliseres (Gustafsson & Hildebrandt, 2009). I hjemmet til Åge må vi tilrettelegge for at han skal mestre sine universelle behov. På den måten vil ikke verdifull tid gå tapt, som kan ha forhindret en forverring. Som sykepleiere har vi et ansvar for å spare

samfunnet for unødvendig ressursbruk (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Ved å hjelpe Åge til en endring raskest mulig, vil han unngå en eventuell ny sykehusinnleggelse og samfunnet sparer dermed ressurser. Dette vil også være til det beste for Åges holistiske helse (Ehdin & Ehdin, 2002). Dette støttes av sykepleierens tradisjonelle funksjon, som fokuserer på pasientens grunnleggende og universelle behov. Sykepleieprosessen som Eide & Eide viser til (2007) forklarer hvordan vi kan utrede og oppdage grunnleggende behovsvikt, og legge til rette for hvordan Åge best mulig skal kunne mestre disse.

På en annen side tenker vi at han kommer rett fra sykehuset. Sykehuset bør ha stabilisert hans hjertesvikt, slik at det var forsvarlig å sende han hjem. Derfor tenker vi at det er nødvendigvis ikke et så stort behov for å prioritere de universelle behov (Cavanagh, 1999). Det kan være at vårt fokus bør ligge på de andre egenomsorgsbehovene for å sikre Åges helhetlige helse (Ehdin & Ehdin, 2002). Åge klarer for eksempel å ta til seg mat og drikke, og han har heller ingen problemer med eliminasjonen eller hygiene. I tillegg har han kanskje kontakt med barna sine. Dette viser at han på en måte mestrer sine universelle behov.

5.2.2 Helsesviktrelatert egenomsorg

Fokus på helsesviktrelatert egenomsorg kan fungere for Åge, med tanke på at han har hatt hypertensjon over en lengere periode. Dette har han ikke vært i stand til å selv identifisere, fordi han ikke har hatt tilstrekkelig egenomsorgskapasitet. Hvis vi velger å legge fokuset på denne type egenomsorg, kan Åge få informasjon og kunnskaper om sin sykdom og hvordan den påvirker kroppen hans. Dette vil styrke hans innsikt og forståelse for sin helhetlige helse og hvordan kropp, sjel, tanker og følelser er i et gjensidig samspill (Ehdin & Ehdin, 2002). Gjennom vår undervisende funksjon vil han få hjelp til å forebygge og identifisere symptomer og forverring (Cavanagh, 1999). Dette vil gjøre at han kan mestre sykdommen i hverdagen og vite når han eventuelt må søke hjelp (Krumholz, Horwitz, Hunt, Villalba & Yeon, 2013; Roumie et al., 2010). Ved å jobbe på denne måten vil han dessuten kunne arbeide med selve årsaken til at hjertesvikten har oppstått.

Åges hjertesvikt kan gi han mindre energi, det kan tenkes at det derfor kan være krevende og ta imot ny kunnskap (Male experience of heart failure, 2004). Dette svekker hans egenomsorgskapasitet (Cavanagh, 1999). Sykepleieren må være bevisst på at det kanskje ikke er forsvarlig for Åge å ha dette ansvaret for egen helse. Ut fra dette vil vi påpeke at vi har et

ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp til pasientene våre (Helsepersonelloven, 1999). Orem skriver også at vi har et ansvar for å gi fysisk støtte (Cavanagh, 1999). Med dette mener vi at dette ansvaret ikke kan pålegges Åge, av den grunn at det kan føre til en ubalanse mellom egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet (Cavanagh, 1999).

5.2.3 Utviklingsrelatert egenomsorg

På en annen måte kan utviklingsrelatert egenomsorg gi Åge bedre motivasjon til selv å jobbe med samspillet mellom hans fysiske, psykiske og sosiale helse (Cavanagh, 1999; Ehdin & Ehdin, 2002). Her vil vi ta utgangspunkt i hans ressurser og arbeide mer helsefremmende (Mæland, 2010). Dette kan for eksempel gjøres i endringsstadiene som drøftes i kapittel 5.4. Rollen vår som sykepleiere vil være å tilrettelegge for personlig og sosial utvikling. Dette vil vi gjøre gjennom å tilpasse Åges miljø og omgivelser (Cavanagh, 1999). I kapittel 5.4 nevnes det også fordeler ved at Åge blir med i en sosial gruppe. Dette har vist seg å være positivt i form av at medlemmene deler erfaringer, opplevelser og kunnskap. Samtidig får de muligheten til å skape et sosialt nettverk og være i aktivitet sammen med medlemmene. Det er positivt fordi deltakelse i sosiale aktiviteter kan virke sykdomsforebyggende (Galatius, Gustafsson & Hildebrandt, 2009; Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Holme, 2007).

Samtidig tenker vi at Åge kanskje ikke er klar for å bruke sine ressurser. Han er i en ny situasjon og trenger kanskje tid til å «komme seg til hektene» og finne roen. Flere pasienter har sagt til oss «la meg være syk før dere skal komme og dra meg opp». Med dette tolker vi at vi som sykepleiere noen ganger kan opptre overivrig i ønsket om å hjelpe pasienten, uten at den selv er klar for det. Vi må ta i betraktning at Åge lever alene og kanskje er vant til et rolig og isolert liv. Kanskje trives han med dette, og ønsker derfor ikke annet enn fysisk, psykisk, sosial eller åndelig støtte og hjelp fra oss?

5.3 Pedagogisk pleieplan

Vi forstår det slik at Åge mangler kunnskap og ressurser til å gjøre en livsstilsendring. Dette reiser et dilemma om hva som er viktig å prioritere i pleieplanen hans. Skal vi som sykepleiere bestemme hva som er viktig for Åge? Eller skal vi veilede slik at han selv kommer frem til det han mener er viktig? Dette er spørsmål vi står ovenfor i møte med Åge.

5.3.1 Åges ønsker i fokus

På en måte kan det være hensiktsmessig at vi bruker vår veiledende funksjon for at Åge skal komme frem til egne svar. I introduksjonsfasen er det nødvendig at det etableres et gjensidig tillitsforhold mellom oss og Åge (Tveiten, 2008). Der introduserer vi hverandre, og deler erfaringer og opplevelser. Her har vi en god mulighet til å høre på hva som er viktig for Åge. Når vi skal etablere ulike mål i arbeidsfasen, skal han kunne komme frem til svarene sine selv. Dette tenker vi vil styrke hans opplevelse av sammenheng og empowerment. Det kan føre til at Åge får et tettere og personlig forhold til de nye kunnskapene og målene, som kan føre til større motivasjon og interesse.

5.3.2 Sykepleierens ønsker

På en annen måte mangler Åge sykdomsinnsikt og har ikke kunnskap til å se hva som er viktig for han og hans helse. I arbeidsfasen kan vi legge til rette for Åges egne behov, men vi tar en større rolle i å veilede Åge inn på «rett spor». For eksempel kan Åges livskvalitet øke hvis pleieplanen prioriterer hans sykdomsinnsikt. Det vil hjelpe han med å se sammenhengen mellom hjertesvikten, symptomer og forebyggende tiltak. Dette samsvarer med det Tveiten (2008) skriver om hva tilpasset veiledning bør inneholde. En av fem reinnleggelser på sykehus er relatert til hjertesvikt på grunn av feil behandling, og at pasienten er uten tilstrekkelig sykdomsforståelse (Krumholz, Horwitz, Hunt, Villalba & Yeon, 2013). Vi tenker at sykdomsinnsikt kan gi Åge mestringsfølelse, som igjen styrker hans empowerment og opplevelse av sammenheng. Forskning har dessuten vist at pasienter som forstår og aksepterer sin nye livssituasjon og sykdom, har bedre livskvalitet (Obiegło et al., 2014).

5.4 Åge i endringsstadiene

For å hjelpe Åge må vi først ta utgangspunkt i hvor han befinner seg i endringsstadiene. Det er nødvendig for at vi skal kunne sette i gang de rette tiltakene. Hvor lang tid Åge vil bruke i de fem hovedstadiene vet vi ikke, da det er helt individuelt. Se kapittel 3.10 for redegjørelse av endringsstadiene. For å vite når han kommer over til det neste stadiet, vil det være lurt av oss å lage konkrete mål (Prochaska & Norcross, 2001, s. 443). For å nå målene vil vi bruke vår veiledende rolle (Cavanagh, 1999).

5.4.1 Før-overveiellesstadiet

I de første møtene med Åge tenker vi at han er i før-overveiellesstadiet. Det kan vi gå ut ifra fordi rapporten fra sykehuset forteller oss at han har manglende sykdomsinnsikt og liten motivasjon for å gjøre endringer. Når vi skal hjelpe Åge videre til overveiellesstadiet kan vi bruke den motiverende samtalen. Målet med denne samtalen vil være å hjelpe han til å innse at en endring er nødvendig for hans helhetlige helse (Lerdal & Celius, 2011). Men først må vi etablere en relasjon til Åge. Han må få muligheten til å bli kjent med oss – og vi med han, slik at han blir trygg nok til å ta i mot hjelpen som tilbys (Barth & Näsholm, 2007). Hvor lang tid det vil ta å oppnå en relasjon og et tillitsforhold er vanskelig å si. Her må vi bruke skjønn og se hvordan Åge bruker sitt verbale og non-verbale språk. Her tenker vi at vi må passe på og ikke være for påtrengende og kritisk mot han, slik at han blir provosert og avviser oss. Vi må vise at vi ikke er der for å dømme hans «dårlige» livsstil, men at vi er der fordi vi ønsker at han kan få en bedre helse.

I samtale med Åge kan vi gi han informasjon. Her er forutsetningen at vi i relasjonsbyggingen har fått et bilde av Åges innstilling, holdninger og interesser. Utfordringen er at han mest sannsynlig ikke har bedt om informasjonen selv. Derfor må vi sørge for at Åge er klar for å motta informasjonen. En måte å jobbe på kan være å gi informasjonen gradvis og gi han tid til å bearbeide den (Barth & Näsholm, 2007). Vi kan innlede med å for eksempel stille dette spørsmålet; «Når man har fått diagnosen kronisk hjertesvikt, er det mange grep man selv kan gjøre for å forhindre en forverring. Det kan gjøre at personen lever et lengere liv. Vil du at jeg skal fortelle deg litt om det?». Ved å stille spørsmålet på denne måten, viser vi respekt for Åge. Det styrker brukermedvirkningen og forebygger motstand. Hvis Åge sier nei, skal det selvfølgelig respekteres (Barth & Näsholm, 2007). Men vi velger i denne oppgaven å tenke at Åge sier ja til dette. Deretter vil det være nyttig og spørre hva han har av kunnskaper allerede. Når Åge har svart på det, vil vi komme med litt informasjon. Når informasjonen er gitt vil vi på nytt stille et åpent spørsmål, som for eksempel; «Hva tenker du om dette? Har det noe betydning for deg?». Til slutt vil vi spørre om han har noen nye tanker og planer om å gjøre forandringer (Barth & Näsholm, 2007).

5.4.2 Overveiellesstadiet

Vi tenker oss at Åge nå befinner seg i overveiellesstadiet, og har et ønske og en plan om å gjøre endringer. Han har innsett at livsstilen hans kan forverre hjertesvikten. Mange personer blir værende i dette stadiet over en lengere periode fordi de mangler informasjon (Prochaska & Norcross, 2001, s. 444). Hindringen for at Åge skal kunne bevege seg videre til neste stadiet, er at han mangler tilstrekkelige kunnskaper. Han kan oppleve en indre konflikt mellom fordeler av livsstilsendringen og gamle vaner. De gamle vanene kan føles trygge og det kan være vanskelig å bryte med «det kjente». Forskning viser at personer som skal gjennom en endring i livsstil har utbytte av å bli medlem av en støttegruppe. Støttegruppen kan bidra med å gi psykososiale fordeler som kan tilrettelegge for mer fysisk aktivitet (Lorentzen, Ommundsen, Jennum & Holme, 2007). For Åge kan det være aktuelt å bli medlem av en slik sosial gruppe (Lerdal & Celius, 2011). Dette kan eksempelvis være Landsforeningen for hjerte – og lungesyke (LHL). Denne medlemsgruppen ivaretar interessene til personer med hjerte – og lungesykdom og deres pårørende (Landsforeningen for hjerte– og lungesyke, 2015). Vi ser for oss at denne gruppen kan være en kunnskapskilde for Åge. Den kan bidra med å gi han motivasjon ved at han får treffe andre mennesker med personlige erfaringer med hjertesvikt. Vår oppgave vil være å fortelle han om denne gruppen og eventuelt hjelpe han med å bli medlem. Her er må vi være oppmerksomme slik at vi ikke presser Åge til noe han ikke selv ønsker. Han er vant til et rolig liv alene og det kan være utfordrende for han å være sosial. Derfor kan vi fortelle om fordelene med å bli medlem av en støttegruppe og hvordan det kan påvirke livskvaliteten hans (Obiegło et al., 2014).

5.4.3 Forberedelsesstadiet

Her ser vi for oss at Åge har blitt medlem av LHL-foreningen og har blitt inspirert av medlemmene. Åge har fått tanker om å gjøre endringer i den nærmeste fremtid og har kanskje forsøkt enkelte tiltak (Prochaska & Norcross, 2001, s. 444). Hindringen her er at han ikke synes endringene er meningsfulle og mangler en opplevelse av mestring. For eksempel kan det hende at han ikke trives i støttegruppen eller mestrer aktiviteter. Vi kan velge å hjelpe han videre på to måter; inngå et tverrfaglig samarbeid eller ta oppgaven selv.

5.4.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Lov om Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver hvordan Åge har rett på tilbud om nødvendige helsetjenester fra kommunen. Gjennom vår erfaring fra hjemmesykepleien har vi sett at sykepleiere ofte har blitt pasientens «advokat». Det har skjedd når pasienten ikke lenger har hatt krefter eller ressurser til å kjempe for sine ønsker og rettigheter. Helsepersonelloven (1999) plikter oss å ikke gå utover våre faglige kvalifikasjoner, men innhente hjelp fra andre faggrupper når det er nødvendig. Loven presiserer også at vi er pliktige til å inngå et samarbeid med annet helsepersonell, dersom pasienten har behov for det. I Åges tilfelle må vi drøfte om hjemmesykepleien har kunnskaper, tid og ressurser til å gi han den hjelpen han trenger.

5.4.3.2 Et ansvarsområde hver

I praksis har vi sett hvordan hjemmesykepleien legger til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom hjemmesykepleien, fastlegen og eventuelt fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog. I et tverrfaglig samarbeid vil sykepleierens rolle være å se hvilke behov Åge har og koordinere samarbeidet mellom de ulike partene. Vi har også et ansvar for å undervise og veilede på tvers av fag og sørge for effektivt pasientforløp. Hvis vi lykkes i å jobbe tverrfaglig, kan det være med å sikre en god oppfølging og behandling (Holter, 2011). Samtidig kan det være ressursbesparende for helsevesenet (Helbostad & Næss, 1999). Men det krever at samarbeidet har klare ansvarsområder og at alle medlemmene i teamet har regelmessige møter (Wyller, 1999). Forskning har vist at hvis vi har et tverrfaglig samarbeid med Åge, har han mindre sannsynlighet for å legges inn på sykehus på grunn av en eventuell forverring av hjertesvikten. Dødeligheten har også vist seg å bli mindre av et slikt samarbeid (Horwitz & Krumholz, 2013).

Vi ser på en måte at denne oppgaven kan bli for stor til kun hjemmesykepleien. Hvis Åge skal oppnå en opplevelse av sammenheng (OAS) må han få de tilgjengelige ressursene som kan hjelpe han (Antonovsky, 1987). I dette tilfellet er ressursene de ulike yrkesgruppene som kan være med i et tverrfaglig samarbeid. Dette samarbeidet kan styrke hans empowerment ved at kvalifisert personell setter seg inn i Åges behov og ønsker. På denne måten vil de ulike yrkesgruppene se hvilke muligheter han har og videreformidle kunnskap, og hjelpe han med å tilrettelegge for en livsstilsendring. Han blir mer selvstendig og *empowered*.

5.4.3.3 Krevende samarbeid

I denne drøftingen ser vi også hvordan et tverrfaglig samarbeid kan være virke negativt for Åge. Vi er pålagt å sørge for at pasienter, institusjoner, trygd eller andre ikke blir påført tidstap eller noen ekstra utgifter (Helsepersonelloven, 1999). I denne situasjonen må vi komme med forslaget til Åge, og i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal han få muligheten til å velge om dette er noe han ønsker å gjennomføre. Om han skulle ønske et tverrfaglig samarbeid, må vi ta dette videre. Da kan det ta tid for hjemmesykepleien og komme kontakt med Åges fastlege, en fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog. Videre skal også et møte mellom yrkesgruppene avtales. Om mulig mener vi at Åge skal få tilbud om å være med på møtet også. Det er viktig fordi tjenestetilbudet vi gir skal utformes i samarbeid med Åge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Men ved å opprette et tverrfaglig samarbeid kan vi risikere og bruke tid på administrative oppgaver. Den tiden som kanskje blir «kastet bort», kan heller brukes på at hjemmesykepleien er mer på besøk hos Åge og for eksempel veileder og tilrettelegger for et sunt kosthold.

Vi ser også at det kan bli for mange personer for Åge å forholde seg til. Vi har erfaring med at spesialister i et tverrfaglig samarbeid «kommer innom» en gang med sin ekspertise, men så trekker de seg ut av samarbeidet. Dette vil påvirke behandlingen til Åge ved at pasientkontakten og kommunikasjonen mellom yrkesgruppene svekkes. Vi tenker at han er vant med å leve et enkelt liv og kanskje derfor trenger et enkelt opplegg rundt seg. I en forskning viste det seg at et godt forhold mellom pleier og pasient, gjorde at pasient ønsket å medvirke i den planlagte behandlingen (Roumie et al., 2010). Vi stiller oss derfor dette spørsmålet; er det mulig å få til et godt pleier – og pasient forhold med de ulike personene som er med i et tverrfaglig samarbeid?

5.4.3.4 God erfaring med samarbeid

For å sikre Åge den beste behandlingen ønsker vi å benytte et tverrfaglig samarbeid slik at yrkesgruppene kan hjelpe han med de ulike behovene. I praksis har vi sett at kommunikasjon og planlegging mellom teamet og pasienten har gitt kontinuitet og raske resultater. Det har også styrket motivasjonen til pasienten. Det kan gjelde Åge også.

5.4.4 Handlingsstadiet

Etter at det tverrfaglige samarbeidet er etablert og fungert en stund, vil Åge befinne seg i handlingsstadiet. Dette stadiet krever mye av Åge da han har endret sine vaner og omgivelser i inntil seks måneder (Prochaska & Norcross, 2001, s. 444). Her ser vi for oss at Åge kan bli mer selvstendig. Samarbeidet skal ha vært av en kvalitet som gitt Åge muligheten til å få kunnskap og ta kontrollen selv (Krumholz, Horwitz, Hunt, Villalba & Yeon, 2013). Her kan Åge få god støtte at LHL-foreningen. Det vil da være naturlig å evaluere hvor mye hjelp Åge fortsatt trenger. Kanskje han kan bli helt selvhjulpen i forhold til kunnskap, kosthold og aktivitet? Dette må evalueres med medlemmene i teamet og sammen med Åge. Vårt ønske er at de nye endringene skal bli rutine for Åge. I praksis så vi at hjemmesykepleien var inne hos en pasient for å hjelpe med rehabilitering etter et benbrudd. Når pasienten tilsynelatende klarte oppgaven på egenhånd, trakk hjemmesykepleien seg ut. Det viste seg at pasienten ikke var klar for å mestre oppgavene alene og han falt i hjemmet sitt. Hvis vi trekker oss for raskt ut, kan Åge miste «fotfeste» og plutselig føle at han står alene om oppgaven. Da risikerer vi at Åge får et tilbakefall til gamle vaner.

5.4.5 Vedlikeholdsstadiet

I dette stadiet har Åge mestret endringene i mer enn seks måneder (Prochaska & Norcross, 2001, s. 444). En fare for tilbakefall her, er at Åge ikke finner nye motivasjonsfaktorer for å fortsette med den nye livsstilen. LHL-foreningen kan være en motivasjon og støtte videre (Lerdal & Celius, 2011). Vår oppgave som sykepleiere må vurderes i forhold til hva Åge trenger. Vi kan muligens være tilstede som en motivator eller trekke oss helt ut.

6 Konklusjon

For at vi skal hjelpe Åge til en livsstilsendring må vi først reflektere over hvordan han kan oppleve å leve med kronisk hjertesvikt. Ut fra erfaring og forskning vil vi være forberedt på at Åge kan oppleve psykiske utfordringer, siden dette er en ny situasjon for han (Male experience of heart failure, 2004). Dette må vi være forberedt på når vi skal hjelpe han i endringsstadiene slik at vi møter Åge på hans nivå. Det vil også gjøre det enklere å oppnå et tillitsforhold når vi bruker Orems sykepleiefunksjon til å gi psykisk støtte. I drøftingen ovenfor har vi gjort rede for hvordan vi tenker å gå frem i de ulike endringsstadiene.

Vi tenker at et tverrfaglig samarbeid vil være det beste for Åge. Forskning viser at tverrfaglig samarbeid legger til rette for pasientrettet pleie som gir bedre behandling (Horwitz & Krumholz, 2013; Roumie et al., 2010). Gjennom et tverrfaglig samarbeid bruker vi sykepleierollen vår til å tilrettelegge omgivelsene for Åge (Cavanagh, 1999). I dette samarbeidet vil vi ha med fysioterapeut, ernæringsfysiolog og fastlege. Ut fra erfaring kan at et stort tverrfaglig samarbeid være forvirrende for pasienten. Men når det tverrfaglige samarbeidet ble ledet av pasientens kontaktsykepleier, ga samarbeidet gode resultater. Vi ønsker å bruke en lignende modell til et tverrfaglig samarbeid med Åge. Han er i en situasjon hvor vi som sykepleiere skal sørge for at han ikke opplever behandlingen og livssituasjonen som kaotisk (Antonovsky, 1987).

Ut fra Peter Hjorts definisjon av helse, mener vi at god helse er subjektivt. På den måten kan ikke vi bestemme hva Åge ser på som viktig for sin helse. Vi drøftet tidligere Orems egenomsorgsteori. Mestrer Åge behovene for egenomsorg i en av de tre aspektene vil dette påvirke alle de tre aspektene av egenomsorg i ulik grad (Cavanagh, 1999). Dette samsvarer med vår holistiske tankegang, hvor vi ikke skal se på Åges helse som «oppdelt», men som en helhet (Ehdin & Ehdin, 2002). Dette gir rom for at Åge kan fortelle hva han mener er viktig. I vår veiledende funksjon kan vi legge til rette for tiltak som fremmer Åges mestring av egenomsorg. Dette støttes også av empowerment som en måte å jobbe på og bidrar til opplevelse av sammenheng (OAS).

Vi vil jobbe veiledende og undervisende ved å bruke en pedagogisk pleieplan. I hjemmesykepleiepraksis så vi flere ganger at pleiere som var inne hos en pasient utførte

sykepleieprosedyrer forskjellig. Det medførte at kommunikasjonen mellom pleierne sviktet og kvaliteten på pleien ble redusert. En pedagogisk pleieplan har den fordel at den inneholder informasjon om hvilke behandlingstiltak som er bestemt og hvordan tiltakene skal utføres (Sandvand & Vabo, 2007). Dette vil gi bedre kvalitet på behandlingen til Åge ved at sykepleierne som er hos han vet hva de skal gjøre og utfører det likt. På den måten vil ikke det tverrfaglige samarbeidet virke forvirrende for Åge eller helsepersonellet.

Et eksempel på en pleieplan kan være slik:

Problem:	Åge sliter med tung pust når han går fra ytterdør til postkasse
Ressurser:	<ul style="list-style-type: none"> • Motivert • Klar og orientert • Mestrer matlaging
Vurdering av problemet:	<p><i>Væskebalanse:</i></p> <p>Økt saltinntak fører til væskeretensjon i kroppen. Det medfører hypertensjon, som gir svekket sirkulasjonskapasitet. Væskeretensjon kan også medføre ødemdannelse</p> <p><i>Sykdomsinnsikt:</i></p> <p>Åge mangler kunnskaper om sin diagnose og forebyggende tiltak</p> <p><i>Fysisk form:</i></p> <p>Åge er i redusert fysisk form og har derfor liten evne fysiske anstrengelser</p>
Mål:	Åge skal kunne gå fra ytterdør til postkassen uten å oppleve tung pust innen 8 uker.
Tiltak:	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte fysioterapeut for tilrettelagte fysiske øvelser • Kontakte ernæringsfysiolog for tilrettelagt kosthold og undervisning (bl.a ikke mer enn 2 gram salt per dag) • Kontakte fastlege for eventuelle medikamentell behandling • Informere Åge om hans sykdom, symptomer og tegn på forverring
Evaluerings:	Evaluerings gjennomføres 4. og 8. uke. Det skjer gjennom at vi har en samtale med Åge i hjemmet. Deretter har vi et felles tverrfaglig møte med partene. Åge velger om han ønsker å være med på felles møte eller ikke.

Til slutt vil vi påpeke at vi ikke har hatt muligheten til å drøfte hva vi ønsker å gjøre dersom Åge ikke skulle være motivert til å ta i mot hjelp fra oss. Men vi ser at et rehabiliteringsopphold kanskje kan være hensiktsmessig for Åge. Hvordan et mulig rehabiliteringsopphold kan fungere for Åge, er noe som kan drøftes videre.

7 Litteraturliste

- * Antonovsky, A. (1987). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- * Askheim, O.P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I O.P Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment – i teori og praksis* (1.utg., s. 21 – 33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtalen – Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brunvand, L. & Ørn, S. (2011). Hjerte – og karsykdommer. I E. Bach-Gansmo., J. Mjell & S.Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 159 – 194). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- * Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Ehdin, S. & Ehdin, M. (2002). *HQ – Den menneskelige helthets synen*. Stockholm: Forum.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I A. Hallbjørg, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 207 – 245). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Erfaringskompetanse. (2014). *Åpen om angst og depresjon*. Lokalisert på <http://www.erfaringskompetanse.no/erfaringer/brukererfaringer/angst/aapen-om-angst-og-depresjon>
- Fagermoen, M.S. & Strøm, A. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse – brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. I M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og Mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 63 – 81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- * Galatius, S., Gustafsson, F & Hildebrandt, P. (2009). Organisation af behandlingen. Hjertesvigtklinikker. I F. Gustafsson & P. Hildebrandt (Red.), *Hjertesvigt. I klinisk praksis* (1.utg., s. 235 – 248). København: Munkgaard Danmark.

* Gustafsson, F. & Hildebrandt, P. (2009). Hjertesvigt og almen praksis. I F. Gustafsson & P. Hildebrandt (Red.), *Hjertesvigt. I klinisk praksis* (1.utg., s. 249 – 252). København: Munkgaard Danmark.

Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V., Nortvedt M.W. & Reinart L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

* Helbostad, J.L. & Næss, G. (1999). Geriatrik vurdering og behandling – tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H.A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (3.utg., s. 63 – 79). Bergen: Fagbokforlaget.

Helse – og omsorgsloven, LOV-2011-06-24-30. (2013).

Helse- og omsorgsdepartement (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling, på rett sted, til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert 9.juni 2015 på <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2014).

* Hjort, P. (2010). *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holter, I.M. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 139 – 147). Oslo: Akribe.

* Horwitz, L. & Krumholz, H. (2013). Heart failure self management. I S. Hunt, C. Villalba & S.B Yeon (Red.) *UpToDate*. Lokalisert 13.januar 2015, på http://www.uptodate.com/contents/heart-failure-self-management?source=search_result&search=left+sided+heart+failure+guide+dance+knowledge+about+the+disease&selectedTitle=44%7E150

* Horwitz, L. & Krumholz, H. (2013). Strategies to reduce hospitalizations in patients with heart failure. I S. A. Hunt & S. B. Yeon (Red), *UpToDate*. Lokalisert 20. Januar 2014, på <http://www.uptodate.com/contents/strategies-to-reduce-hospitalizations-in-patients-with-heart-failure>

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (1. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2015). *Om LHL*. Lokalisert på <http://www.lhl.no/om-lhl/>

Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (1. utg., s. 45 – 56). Bergen: Fagbokforlaget.

Lerdal, A. & Celius, E. H. (2011). Trening på resept. I M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og Mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 161 – 184). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jennum, A. K. & Holme, I. (2007). The «Romsås in Motion» community intervention: program exposure and psychosocial mediated relationships to change in stages of change in physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(15), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-4-15>

* Male experience of heart failure, Heart and Lung. (2004). *Qualitative analysis of the male experience of heart failure*. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014795630400069X>

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende Helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I A. Hallbjørg, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg., s 17 – 31). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Obiegło, M., Uchmanowicz, I., Wleklik, M., Jankowska-Polańska, B. & Kuśmierz, M. (2014). The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515114564929>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2014).

* Prochaska, J.O & Norcross, J.C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38 (4), 443 – 448.

* Roumie, C. L., Greevy R., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Kaltenbach, L., Kotter. K., Dittus, R. S. & Speroff, T. (2010). Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(4), 244-253. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-010-9304-6>

* Sandvand, E. & Vabo, G. (2007) *Dokumentasjon i sykepleien – En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Statistisk Sentralbyrå. (2014). Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2012. Lokalisert på <http://ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

* Store Norske Leksikon. (2009). *Diagnose*. Lokalisert på <https://sml.snl.no/diagnose>

* Store Norske Leksikon. (2009). *Kronisk*. Lokalisert på <https://sml.snl.no/kronisk>

* Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Døde, 2013*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/dode>

Ørn, S. (2011). Sirkulasjonsforstyrrelser. I E. Bach-Gansmo, J. Mjell & S.Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 91 - 109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

* Tengqvist, A. (2007). Å begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I O.P Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment – i teori og praksis* (1.utg., s. 72 – 84). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Wyller, T.B (1999). Generelt om medisinsk behandling av gamle. I M. Bondevik & H.A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (3.utg., s. 108 – 129). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1

P	I	C	O	Dato	Database	Avgrensning	Treff	Brukte artikler
Kronisk hjertesvikt			Stabil hjertesvikt	13/1	Brage	ingen	89	0
Venstresidig hjertesvikt	guide		Stabil lidelse	13/1	Brage	sykepleie	10	0
Venstresidig hjertesvikt	retningslinjer		Kunnskap om sykdom	13/1	Brage	sykepleie	58	0
<u>Left-sided heart failure</u>	guidelines		Stabil heart failure	13/1	McMaster+	UptoDate	52	1
<u>Left-sided heart failure</u>	guidelines		Stabil heart failure	13/1	Oria	ingen	159	0
<u>Left-sided heart failure</u>	<u>guidance</u>		Knowledge about the <u>disiase</u>	13/1	McMaster+	UptoDate	52	1
<u>Left-sided heart failure</u>	<u>guidance</u>		Knowledge about the <u>disiase</u>	13/1		BestPractice Top	50	1
Kronisk hjertesvikt	oppfølging		Bedre liv	13/1	Helsebiblioteket	Helsebiblioteket	2	0
Kronisk hjertesvikt	retningslinjer			13/1	SveMed+	Artikkel	15	0
				14/1	SSB	Helse → død sårsak → helseforhold →	4	1

						statistikk		
				14/1	SSB	Helse → død sårsak → helseforhold → statistikk → mer publikasjoner	22	1
Hjertesvikt	Behandling			21/1	Helsedirektoratet	ingen	50	0
<u>Congestive heart failure</u>	<u>Patient education</u>	Hospital		13/1	Ebscohost	- Søk etter fulltekst - Publisert etter 2004	31	2
<u>Chronic heart failure</u>	<u>Lifestyle induced illness</u>		<u>Preventing illness</u>	13/1	Ebscohost	Søk etter fulltekst	0	
<u>Chronic heart failure</u>	<u>Lifestyle induced illness</u>			13/1	Ebscohost	Søk etter fulltekst	0	
<u>Chronic heart failure</u>		Lifestyle		13/1	Ebscohost	Søk etter fulltekst	39	
Effects of education and support on <u>selfcare</u> resource utilization in patients with heart failure				14/1	Google Scholar	Søk etter fulltekst og sammendrag	1	0
The effect of				14/1	Google	Søk etter	1	1

acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure					Scholar	fulltekst		
Congestive heart failure	<u>treatment adherence</u>			23/1	<u>Ebscohost</u>	- Søk etter fulltekst - Publisert etter 2004	7	0
	<u>Communication challenges</u>	<u>Home care</u>		29/1	<u>Cochrane Library</u>		1	
	<u>Communication</u>	<u>Home care</u>		29/1	<u>Cochrane Library</u>		12	
Chronic illness	<u>Communication skills</u>		<u>Patient adherence</u>	29/1			1	
Compassion fatigue	<u>Coping</u>			16/2	<u>BibSys</u>	Kildehvisning fra forskning	754	0
	Veiledning		Livsstilsendring + Motivasjon	24/2	<u>Ebscohost</u>		0	
	Veiledning		Motivasjon	24/2	<u>Ebscohost</u>		0	
			Lifestyle change	24/2	<u>Ebscohost</u>		24,684	0