



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 45

Antall ord: 7 699

Sammendrag.

Tema: Hvert år utskrives det omtrent 12 000 pasienter fra sykehus med diagnosen hjerteinfarkt. For å lette overgangen til hjemmesituasjonen kan blant annet pasientinformasjon hjelpe den enkelte til å mestre fremtidige psykiske og fysiske konsekvenser av sykdommen. Pasientinformasjon er også basis for all hjerterehabilitering.

Formål: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan trygge overgangen til hjemmet ved hjelp av informasjon.

Problemstilling: Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta/imøtekomme pasientens behov for informasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt før utskrivelse av sykehus?

Valg av metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg analyserer den eksisterende litteraturen som allerede er skrevet om det valgte temaet. Hensikten med en slik metode er å formulere ny problemstilling ut fra de kunnskaper og forskning som er tilgjengelig.

Resultater: I denne oppgaven blir det sett på tidsperspektivet og pasientenes mottakelighet for informasjon på sykehuset. I tillegg til informasjons innhold, og hvordan den blir gitt i form av standardisert og/eller individualisert. Samtidig blir det sett på hva pasientene selv ser på som viktig å vektlegge i informasjonen.

Summery.

Theme: Each year, approximately 12 000 patients are discharged from hospital with a diagnosis of myocardial infarction. By meeting the information needs of patients, it can ease the transition to the home situation and help the individual to cope with future emotional and physical consequences of the disease. Health information to the patient is also the basis for all cardiac rehabilitation.

Purpose: The purpose of this exercise is to illustrate how nurses can help patient perception of a safe transition to home with the help of information.

Issues: How can I as a nurse maintain/meet patient needs for information after myocardial infarction before discharge from hospital?

Features of the method: The task is a literature study, where I analyze the existing literature that has already been written about the selected topic. The purpose of such a method is to formulate new questions, from the knowledge and research that is available.

Results: In this task it will be seen on the timeframe and the patients' susceptibility to information at the hospital. In addition, the information contents and how it is given in the form of standardized and/or individualized. At the same time, patients perspective of what they emphasize as important of the information they received.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2	Problemstilling.....	5
1.3	Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
1.4	Formål med oppgaven.....	6
1.5	Oppgavens oppbygning.....	6
2.0	Teori.....	8
2.1	Sykepleiefaglig perspektiv.....	8
2.2	Joyce Travelbees sykepleierteori.....	8
2.2.1	Menneske – til – menneske – forholdet.....	8
2.3	Sentrale begreper.....	9
2.3.1	Mestring.....	9
2.3.2	Kommunikasjon.....	10
2.3.3	Pasientinformasjon.....	11
2.4	Informasjon - pasientens krav - sykepleierens plikt.....	13
2.5	Beskrivelse av hjerteinfarkt pasienten.....	13
2.5.1	Hva er et hjerteinfarkt.....	14
2.5.2	Psykiske reaksjoner etter et akutt hjerteinfarkt.....	14
3.0	Metode.....	16
3.1	Valg av metode.....	16
3.2	Kildekritikk.....	17
3.3	Forskningsetikk.....	17
4.0	Resultat.....	18
4.1	Presentasjon av artikler.....	18
4.2	Oppsummering av funn av artiklene.....	19
5.0	Drøfting.....	20
5.1	Tidsperspektiv – pasientens mottakelighet.....	20
5.2	Informasjonens innhold – standardisert – individuell.....	23
5.3	Pasientenes opplevelse av informasjonen.....	26
6.0	Avslutning.....	29
7.0	Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Som sykepleierstudent har jeg nylig hatt praksis på hjerteovervåkning/medisinsk intensiv enhet, hvor de fleste pasienten her var øyeblikkelig hjelp pasienter. Mitt første møte med en akutt hjerteinfarkt pasient, var en spesiell opplevelse. Alt skjedde veldig raskt, fra pasienten kom til avdelingen til vedkommende ble sent som ”rød løype” videre til et større sykehus for behandling. Pasienten virket både engstelig, forvirret og var tydelig preget av smerter og av situasjonen ellers. Etter noen dager kom pasienten tilbake til vår avdeling, for videre medisinsk oppfølging og rekonvalesens. Pasienten husket svært lite av hendelsen, og jeg opplevde at pasienten hadde mange spørsmål om diagnosen og hvordan vedkommende skulle forholde seg til den. I tillegg virket pasienten både usikker og engstelig for fremtiden.

Mitt tema for denne fordypningsoppgaven er pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt. Valget er ut fra egen interesse, og ønske om å kunne lære mer om hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan ivareta denne pasientgruppens informasjonsbehov. Avdelingen hvor jeg praktiserte, hadde stort fokus på å gi informasjon til de ulike pasientgruppene både skriftlig, muntlig og visuelt. Dette ble også prioritert av den enkelte sykepleier og avdelingens ledelse. Men lengden på sykehusoppholdet for hjerteinfarktpasienter er nå blitt så kort at det å gi omfattende informasjon under oppholdet kan by på utfordringer for både sykepleiere og pasient. I tillegg er det ofte på en slik avdeling høyt arbeidstempo.

Jeg opplevde at denne pasientgruppen hadde mange bekymringer, og en rekke konkrete spørsmål de ønsket og måtte ha svar på før hjemreise. Derfor har jeg valgt en problemstilling hvor pasientens behov for informasjon før utskrivelse av sykehus som sykepleie fokus.

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta/imøtekomme pasientens behov for informasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt før utskrivelse av sykehus?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.

Valget av tema og problemstilling finner jeg relevant for oss som sykepleiere med tanke på å imøtekomme informasjonsbehovet hos pasienter i ulike situasjoner. Norske sosial- og helsetjenester regnes i dag blant de beste i verden, men for å holde seg i verdenstoppen må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres. Sosial og helsedirektorater (2005) har i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten som mål å styrke kvaliteten på helsetjenestene, som skal komme pasientene til gode. Informasjon og medvirkning til pasientene er blant deres satsninger for å nå disse målene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Den valgte pasientgruppen mottar mesteparten av informasjon og undervisning under sykehusoppholdet, og forskning tyder på at denne informasjonen har stor betydning for pasientens trygghet, sikkerhet og selve sykdomsbildet (Mæland, 2006). Jeg tror derfor at pasientens følelse av trygghet ved overgang til hjemmet, avhenger blant annet av den informasjonen pasienten mottar i løpet av sykehusoppholdet og i forkant av utskrivelse.

Problemstillingen konsentrerer seg først og fremst etter det akutte stadiet av hjerteinfarkt, og etter at de er blitt overflyttet fra intensivavdelingen til vanlig sengeavdeling. Jeg har valgt å se på menn og kvinner under ett. Utgangspunktet er voksne, autonome mennesker innlagt på sykehus med hoveddiagnosen hjerteinfarkt uten tilleggssykdommer. Da oppgaven har begrensende omfang har jeg valgt å ikke ta med de pårørendes behov for informasjon, da jeg anser dette som et eget tema.

1.4 Formål med oppgaven.

Jeg ønsker med denne oppgaven å belyse hvordan sykepleier på best mulig måte kan ivareta og legge til rette for valgt pasientgruppes behov og ønske for informasjon før hjemreise, og sikre at den blir mottatt og forstått. For på den måten å bidra til å bedre pasientens trygghet ved overgangen til hjemmet.

1.5 Oppgavens oppbygning.

Jeg har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunktet i pasientenes perspektiv for informasjonsbehov, å ikke fokusere så mye på sykepleierens pedagogiske funksjon på grunn

av oppgavens begrensninger. Travelbees sykepleier teori er grunnlaget for oppgaven, i tillegg til Antonovskys teori om stress, helse og mestring.

Forskningen som jeg har funnet blir presentert underveis i teoridelen og drøftingsdelen. I drøftingsdelen har jeg sett på tidsperspektivet og pasientens mottakelighet for informasjon, og hvilken betydning det har for den enkelte. Samt informasjonens innhold og hvordan den på best mulig måte kan ivareta den enkelte. Til slutt har jeg valgt å se på pasientenes erfaringer med den informasjonen de får.

2.0 Teori.

2.1. Sykepleiefaglig perspektiv.

I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2001) er grunnlaget for all sykepleie respekten for den enkelte menneskes liv og iboende verdighet, basert på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleierens fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett årsak. I tillegg til å erkjenne pasientens sårbarhet, og ivareta den enkeltes integritet og verdighet med utgangspunkt i vedkommendes opplevde situasjon (NSF, 2001).

2.2 Joyce Travelbees sykepleierteori.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleierpraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999:29).

Travelbee (1999) forholder seg til ethvert menneske som et unikt og uerstattelig individ. Hun sier lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, men at den enkeltes opplevelsen av lidelsen er høyst personlig. Et fellestrekk ved all menneskelig lidelse er søken etter meningen med den, og kan gi mennesket en spesiell anledning til vekst og utvikling. Fokuset for sykepleie knytter seg til den enkeltes erfaringer og problemer til å mestre sykdom og lidelse og finne mening i dem. Dette er også sykepleierens overordnede mål, i tillegg til å forebygge sykdom og lidelse og å fremme helse (Travelbee, 1999).

2.2.1 Menneske – til – menneske – forholdet.

Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av et menneske – til – menneske – forhold. Et slikt forhold er sykepleierens virkemiddel for å hjelpe den enkelte med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene. Å etablere og opprettholde et slikt forhold er sykepleierens ansvar, men inkluderer den syke i en gjensidig prosess. Forholdet etableres gjennom fire forutgående sammenhengende faser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Kirkevold, 2003).

Det innledende møte mellom sykepleier og pasient er preget av at de ikke kjenner hverandre. Her får begge parter et førsteinntrykk av hverandre som personer, basert på observasjoner, inntrykk og vurderinger. Etter hvert som interaksjonen skrider frem, kommer hverandres identitet og personligheter gradvis til syne. I denne fasen etableres det et bånd mellom sykepleier og pasienten. Det forutsetter at sykepleieren oppfatter pasienten som et enestående og unikt menneske (Kirkevold, 2003).

I følge Travelbee er empati evnen til å ta del i og forstå en annen persons psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk. Et bånd av nærhet og kontakt mellom partene oppstår når empati forekommer. Empati bygger på felles erfaringsgrunnlag, og forutsetter et ønske om å fatte og forstå den andre personen. Resultatet av den empatiske prosessen er sympati. Sympati er knyttet til et ønske om å hjelpe den lidende, og kommer til uttrykk i måten man omgås og utfører pleien på. Sympati kan bidra til å lette lidelsen, ved at personen ikke må bære byrden av lidelsen alene (Kirkevold, 2003).

Etablering av et menneske – til – menneske – forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt, er i følge Travelbee sykepleierens overordnede mål. Dette oppnås i siste fase, og karakteriseres ved at de to partene deler nært forbundet tanker, følelser og holdninger. Gradvis bygget opp gjennom interaksjonene i de forutgående fasene. Disse felles erfaringen, er meningsfulle og betydningsfulle for begge (Kirkevold, 2003).

2.3 Sentrale begreper.

2.3.1 Mestring.

Antonovsky (2000) har utviklet den såkalte salutogenesemodellen, hvor hans tenkning bygger på hvordan mennesket kan fremme og utvikle god helse, til tross for opplevd sykdom. I den salutogenetiske modellen beskriver han helse som et kontinuum, med optimalt velvære plassert i den ene enden og total helsesvikt i den andre enden. Han peker på at istedenfor å vektlegge på diagnosen, bør fokuset ligge på personens historie og tidligere mestringsevner. Istedenfor å fokusere på risikofaktorer til sykdom, mener Antonovsky (2000) at fokuset heller bør være på det som kan bidra til å fremme god helse. I denne modellen er ”*sense of coherence*”, eller oversatt til norsk, opplevelse av sammenheng (OAS), sentralt for hvordan

man mestrer sykdom. For å kunne oppleve en slik sammenheng trekker han frem tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2000).

Begripelighet handler om at man må kunne forstå det som inntreffer som forståelig og forklarbart. Håndterbarhet innebærer en følelse av at utfordringene kan håndteres, og at man opplever å ha tilstrekkelig ressurser (egne eller legitime andre) til å imøtekomme disse. Mangel på ressurser påvirker dermed meningen av å mestre en situasjon, da man opplever å ha lav håndterbarhet. Antonovsky anser den siste komponenten, meningsfullhet, som den mest motiverende. Han viser til at meningsfullhet skaper lysten til å finne en dypere forståelse av verden, og de ressursene en har til rådighet. Personen opplever å være delaktig i det som skjer, er engasjert i sitt eget liv og søker mening også i lidelse og død (Renolen, 2008).

Disse komponentene henger sammen, og påvirker hverandre. Dersom en person har høy meningsfullhet og begripelighet, øker motivasjonen for å søke etter mestringsressurser. Menneskets motstandsressurser har i hans tenkning derfor stor betydning for evnen til å fremme effektiv mestring av en situasjon. Antonovsky beskriver disse som; materielle ressurser, kunnskap, selvbilde, fleksibilitet, rasjonalitet, sosial støtte, kulturell stabilitet, bevisst livssyn og tro, helseadferd og genetisk og konstitusjonell styrke. Av disse peker Antonovsky spesielt på betydningen av sosial støtte. Jo flere motstandsressurser en person har, jo høyere grad av OAS og helse har vedkommende (Tveiten, 2008).

2.3.2 Kommunikasjon.

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som et sentralt redskap for sykepleieren til å etablere et menneske – til – menneske – forhold. Kommunikasjonen er en kontinuerlig og gjensidig prosess mellom partene. Meninger utveksles gjennom ord (verbalt) og ved hjelp av blant annet gester, ansiktsuttrykk, berøring og bevegelser (nonverbalt). Eide og Eide (2007) viser til at verbal og nonverbal kommunikasjon kan utfylle/utdype hverandre eller gi innholdet/budskapet en ny betydning. Fortolkningen av disse skaper grunnlaget for den videre kontakten.

Eide og Eide (2007) skiller mellom profesjonell kommunikasjon og kommunikasjon i dagliglivet. Ved profesjonell kommunikasjon legger vi vekk privatpersonen, og trer inn i yrkesrollen. Profesjonell helsefaglig kommunikasjon, blir definert som hjelpende. Forfatterne

bruker adjektivet ”hjelpende” som et kjennetegn ved all kommunikasjon i helseprofesjonene, for å klargjøre at den er ment å være til hjelp for pasienten. Denne type kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit og formidler informasjon som kan bidra til å løse problemer, og fremme mestring av situasjonen hos pasienten (Eide, Eide, 2007).

Eide og Eide (2007) sier at en sykepleier med gode kommunikasjonsferdigheter kan bedre forstå pasienten, relasjonen og være bedre til hjelp og støtte. Samtidig kan det være et hjelpemiddel til å ta gode felles beslutninger og stimulere til utvikling. Travelbee fremholder at samhandling og kommunikasjon med den syke gir sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten, og finne fram til hans behov, og hvordan disse kan ivaretas (Kirkevold, 2003).

Eide og Eide (2007) viser til forskning hvor gode kommunikasjonsferdigheter bidrar til bedre helse for pasienten. Det finnes ingen enhetlig oppskrift på hva som er mest hjelpende og problemløsende kommunikasjon i den enkelte situasjon. Aktiv lytting blir av forfatterne fremholdt som den viktigste og mest grunnleggende ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. De viser til at det er en forutsetning for å kunne få et helhetlig bilde av situasjonen. Dette vil også ha betydning for kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide, Eide, 2007).

I følge Travelbee er sykepleierens evner til intellektuell tilnærming av problemer i kombinasjon med terapeutisk bruk av seg selv, effektiv bruk av kommunikasjon. Å bruke seg selv terapeutisk vil si at man bevisst søker å etablere bånd til personen og strukturere sykepleiesituasjonene for å møte personens behov. En intellektuell tilnæringsmåte innebærer at sykepleieren systematisk bruker sine fagkunnskaper og innsikt for å finne frem til personens sykepleiebehov og hvordan hun kan hjelpe vedkommende i å møte disse (Kirkevold, 2003).

2.3.3 Pasientinformasjon.

Ordet informasjon brukes ofte i ulike sammenhenger innenfor helsevesenet, og kan innebærer så mangt. Termer som informasjon, undervisning, helseundervisning, veiledning og støtte inngår alle i det som Granum (2003) kaller pasientundervisning. Tveiten (2008) forklarer begrepet informasjon i sykepleiepraksis som formidling av fakta eller opplysninger, som åpner for videre dialog, undervisning og veiledning. Uavhengig av hva man legger i begrepet,

er informasjon til pasienter både en nødvendighet og rettighet. Manglende informasjon kan skape utrygghet, usikkerhet og øke lidelse (Tveiten, 2008). Jeg har valgt å bruke pasientinformasjon og pasientundervisning om hverandre i oppgaven, da jeg opplever at det i praksis ofte refereres til pasientinformasjon, mens det i litteraturen ofte brukes pasientundervisning.

Undervisningsansvar overfor pasienter (og deres pårørende) inngår i sykepleierens pedagogiske funksjon, og har som mål å utvikle eller videreutvikle den enkeltes mestringskompetanse. Det innebærer at sykepleieren legger til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring (Tveiten, 2008). Granum (2003) viser til det å ha pedagogisk kompetanse krever at sykepleierne har fagkunnskaper, pedagogiske kunnskaper i tillegg til personlige egenskaper. Hun sier videre at målet med pasientundervisning er at pasienten skal være i stand til å takle sin livssituasjon. I dette legger hun å oppnå bedre helse og/eller å oppleve mening og/eller opprettholdelse av helse.

Pasientinformasjon er basis for all hjerterehabilitering i følge Mæland (2006). Han bruker uttrykket "kunnskap er makt" og legger til grunn at pasientinformasjon tar sikte på å redusere usikkerhet og uvisshet med sykdom. For å kunne forberede en person som har gjennomgått hjerteinfarkt til å møte hverdagen, har vedkommende behov for kunnskap og forståelse om hva situasjonen innebærer. I følge Oterhals, Hanestad, Eide og Hanssen (2006) beror en vellykket hjerterehabilitering etter et hjerteinfarkt på, at pasienten er tilstrekkelig informert og opplært til å kunne svare på behandlingsregimet og ta informerte beslutninger om nødvendige livsstils endringer.

Smith og Liles (2007) viser til at velinformerte pasienter svarer bedre på behandlingsregimet og er bedre rustet til å ivareta sitt behov for egenomsorg. Oterhals et al (2006) sier å være tilstrekkelig informert er knyttet til økt kunnskap, redusert angst, økt egenomsorg og tilfredshet med helsetilbudet. I tillegg er det også relatert til bedre livsstil, med tanke på kosthold, mosjon og stressmestring, og til å vende tilbake til hverdagen etter utskrivelse fra sykehuset.

2.4 Informasjon - pasientens krav - sykepleierens plikt.

Pasientrettighetsloven § 3 ivaretar pasientens juridiske rett til medvirkning og informasjon. Pasientrettighetsloven § 3-2 uttrykker at ”*pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*”. Bak plikten ligger alle sider ved helsehjelpen, som utredning, diagnose, prognose og ulike tiltak. Herunder behandling, pleie og konsekvenser av disse, samt påkjenninger og tidsperspektiver som er knyttet til behandlingen og annet som kan ha betydning for pasientens mulighet for videre planlegging. Bestemmelsen overlater i prinsippet helsepersonellet til å avgjøre ut fra eget skjønn hvor mye informasjon som skal gis. Men på den annen side kan tilsynsmyndigheter og domstoler i ettertid overprøve skjønnets og pålegge helsepersonell å gi pasienten utførlig informasjon (Molven, 2006)

Pasientens rett til informasjon gjelder uavhengig om den etterspørs, og skal meddeles i samsvar med de kravene som gjelder til innholdet. Molven (2006) viser til at formidling av informasjon har et opplysningsformål, og i pasientrettighetsloven § 3-5 andre ledd fremgår det at ”*helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene*”. Ut fra helsepersonelloven § 10 er det i utgangspunktet den som gir helsehjelpen som skal gi informasjon i tilknytning til denne. Molven (2006) mener derfor at det er sykepleierne som pleier pasientene som har ansvar for å gi informasjonen om pleien (Molven, 2006).

2.5 Beskrivelse av hjerteinfarkt pasienten.

I Norge utskrives det årlig omkring 12 000 personer fra sykehus med diagnosen hjerteinfarkt. (statistisk sentralbyrå, 2000). De fleste hjerteinfarkt pasientene er menn under 70 år, men i høyere alder rammes faktisk flere kvinner enn menn. Den moderne medisinske behandlingen har brakt akuttdødligheten ned, men fortsatt dør nærmere hver femte hjerteinfarktpasient innen 30 dager etter sykehusinnleggelse. I følge Mæland (2006) er det tre hovedrisikofaktorer som øker risikoen for hjerteinfarkt; høyt kolesterolnivå i blodet, tobakksrøyking og høyt blodtrykk. I tillegg har blant annet alder, kjønn, arvelighet og diabetes betydning (Mæland, 2006).

2.5.1 Hva er et hjerteinfarkt.

Hjerteinfarkt oppstår når en av hjertets egne blodårer (koronararterier) som forsyner hjertemuskulaturen (myokardet) med oksygenrikt blod tilstoppes. Årsaken er som oftest en rift i et aterosklerotisk plakk (forkalkning i åren) med etterfølgende akutt blodpropp. Den tilhørende delen av hjertemuskulaturen får da ikke tilstrekkelig oksygen og dør. Det nekrotiserte området blir gradvis erstattet av arrvev, også kalt sår på hjertet. Ved hjerteinfarkt er faren for plutselig død størst de første timene (Haugland, Hansen, Areklett, 2007). Den som rammes opplever vanligvis sterke smerter i brystet, ofte med utstråling til armene eller halsen, ledsaget av kvalme og brekninger (Mæland, 2006).

Behandlingen av hjerteinfarkt tar først og fremst sikte på å lindre smerter og hindre eller begrense varig skade av hjertemuskulaturen. I følge Mæland (2006) er det nå rutine ved de større sykehusene å gjøre akutt PCI-behandling. PCI (perkutan koronar intervensjon) utføres med et kateter som føres gjennom en arterie via lysken eller håndleddet og videre inn i koronararteriene. Forsnevringen utvides ved at en ballong på tuppen av kateteret blåses opp, og som regel implanteres det da en stent for å holde kransarterien åpen. Et alternativ er å gi trombolytisk behandling som tar sikte på å løse opp tromben, og åpne for blodtilførsel til det skadete området. Dette gjøres ved infusjon av trombolytisk medikament, vanligvis streptokinase. Begge alternativene forutsettes at det ikke har gått for lang tid før symptomdebut (Mæland, 2006).

2.5.2. Psykiske reaksjoner etter et akutt hjerteinfarkt.

Hjerteinfarkt kommer som regel akutt, og overgangen fra å være frisk til akutt kritisk syk kan være både hurtig og dramatisk. Behandlingen av pasienten begynner ofte i hjemmet eller under transporten til sykehuset. Minuttene mens et infarkt pågår er dyrebare, og tiltak iverksettes umiddelbart. Sykdommen kan være livstruende, og pasienten kan være preget av både smerter, angst og usikkerhet (Haugland, et al, 2007). Pasienten blir medisinsk behandlet i en overvåkningsavdeling den første tiden, med kontinuerlig tilsyn. Når pasienten er stabil, kan de fleste pasientene flyttes over på en vanlig sykehusavdeling (Mæland, 2006).

Det knyttes ofte sterke følelser til det å få et hjerteinfarkt, da det er en skremmende sykdom og ofte forbundet med fare for plutselig død. Naturlige reaksjoner som redsel og angst i tillegg til depresjon og håpløshet med tanke på framtiden kan forekomme (Haugland, et al, 2007).

Flere av informantene i studien til Hanssen, Hanestad og Nordrehaug (2005) beskrev tiden rett etter at de kom hjem fra sykehuset, at de i kortere eller lengre tid følte seg engstelig og deprimert. For å forstå hvilken prosess pasienten er i, og hvilke reaksjoner som kan oppstå ved en slik diagnose, ser jeg betydningen av at sykepleieren er kjent med de ulike fasene i en krisereaksjon. Det vil kunne bedre forståelsen av pasienten og rette informasjonen mot den fasen pasienten er i før hjemreise. Man må likevel ha i tankene at det er store individuelle variasjoner i måten krisen mestres på (Haugland, et al, 2007).

Man skiller i litteraturen mellom to typer krisesituasjoner, livskrise og traumatisk krise. Livskrise er påkjenninger som kommer gradvis som følge av naturlig utvikling, mens en traumatisk krise er plutselige og truende hendelser som ikke inngår i et vanlig livsløp. Påkjenningene av en traumatisk krise er så store fysisk, psykisk eller sosialt, at personen er merket av dem for kortere eller lengre tid. Det kan være i forbindelse med sykdom, død og ulykke (Eide, Eide, 2007).

Cullbergs (1999) kriseteori beskriver fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidningsfasen og nyorienteringsfasen.

- Sjokkfasen beskriver Cullberg (1999) som krisens akutte fase. Her råder det ofte et kaos av følelser, og det er vanskelig å forstå det som skjer/har skjedd. Den enkelte bruker all psykisk energi til å orientere seg i tilværelsen.
- Reaksjonsfasen er mindre kaotisk, og det går gradvis opp for vedkommende hva som har skjedd. Følelser som angst og depressiv fortvilelse i tillegg til søvnforstyrrelser og appetittforstyrrelser er ofte vanlige.
- Bearbeidningsfasen – i den grad det er mulig, klarer en å holde smerten borte i lengre eller kortere perioder. Det gir rom for å fungere mer normalt og konstruktivt.
- Nyorienteringsfasen – opplevelse av kontroll og fravær av smerte. En nyorienterer seg og livet ”normaliserer” seg (Cullberg, 1999).

3.0 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.” (Aubert sitert i Dalland 2007:81).

Metode er med andre ord et verktøy som skal guide oss frem til økt kunnskap og forståelse innenfor et fagområde. Gjennom innsamling av informasjon som kan belyse, eller komme frem til svar på en problemstilling eller et fenomen. Dalland (2007) viser til to hovedretninger for valg av metode; kvalitativ og kvantitativ. Begge metodene tar sikte på å bedre forståelsen av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Kvalitativ metode benyttes for å finne data som kan karakterisere et fenomen. Resultatene bygger på mange opplysninger om et lite utvalg, for å fange opp menneskelige opplevelse, erfaringer og holdninger som ikke kan tallfestes. Hensikten er å få frem det som er spesielt og formidle forståelse. Den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, som kan beskrive et fenomen ved tall. Resultatene bygger på et større antall utvalg med begrenset antall opplysninger, for å få frem det som er felles og det representative. Denne fremstillingen tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2007).

3.1 Valg av metode.

Denne oppgaven er en litterær studie, hvor jeg utfører en gjennomgang av relevant bestående litteratur og forskning om valgt tema. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) innebærer en litteraturstudie å systemisk søke, kritisk granske og sette sammen litteratur innenfor et valgt problemområde. Hensikten med en litteraturstudie er å formulere ny problemstilling, ut fra den kunnskapen som er tilgjengelig. Etter litteraturgjennomgang får man en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om det valgte temaet. Denne litteraturen tolkes for å vurdere hvorvidt den er relevant til oppgaven. Videre vil den utvalgte teorien i et sykepleieteoretisk perspektiv danne grunnlaget for drøfting, som skal lede til en besvarelse av min problemstilling (Dalland, 2007).

Til oppgaven har jeg hentet relevant pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler som har betydning for temaet i problemstillingen. Pensumbøker og faglitteratur ble fremskaffet ved skolens bibliotek. Forsknings- og fagartikler ble funnet gjennom søk på internett. Jeg har valgt å søke i søkemotorer som promed, proquest, vård i norden og sykepleieforskning. Både

kvalitativ og kvantitativ forskning ble brukt, da jeg mener det kan gi en bedre forståelse og beskrivelse av problemstillingen med forskjellige synsvinkler. Resultatet av søkene fremgikk med en kombinasjon av blant annet hjerteinfarkt, pasientinformasjon, informasjonsbehov, kommunikasjon, tilfredshet, sykepleie, på sykehus, utskrivning og mestring. Da de fleste vitenskapelige artiklene ofte er skrevet på engelsk, ble søkeordene oversatt til søkemotorens språk.

3.2 Kildekritikk.

Den litteraturen jeg fant og har brukt i oppgaven, finner jeg relevant for valgt problemstilling. Med tanke på at all litteratur i hovedsak ikke skal være eldre enn 10 år, var det utfordrende å finne relevant forskning av nyere dato. Selv om det er mye forskning om hjerteinfarkt, fant jeg ikke så mye om pasientinformasjon til denne pasientgruppen knyttet til sykepleiefaget. Dette hadde vært ønskelig med tanke på å få et enda større bilde av problemstillingen min.

3.3 Forskningsetikk.

Da dette er en litteraturstudie, er det etiske aspekter jeg må ta hensyn til. Olsson og Sörensen (2006) viser til forholdet av litteraturens opphavsmann, hvor det må refereres til den rettmessige eieren av tekst og sitater som anvendes. HSH (2010) viser til råd om referansebehandling for oppgaveskriving, og i tråd med disse bidrar det til sikring mot plagiat.

4.0 Resultat.

4.1 Presentasjon av artikler.

A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients and their preferences for follow-up contact after discharge. (Hanssen, Nordrehaug, Hanestad, 2005).

Dette er en kvalitativ studie. Det ble brukt fokusgrupper for å innhente data. Intervjuene ble holdt mellom 3 og 5 måneder etter utskrivning fra sykehus. Deltakerne var pasienter med hoveddiagnose hjerteinfarkt. Det var 14 deltakere, hvor 2 var kvinner og 12 menn. Alderen varierte mellom 42 og 69 år. Hovedtemaene var pasientenes erfaringer med informasjonen de fikk under sykehusoppholdet, deres oppfatning av situasjonen etter utskrivelse i forhold til informasjonstiltaket de hadde. Samt det å takle konsekvensene av hjerteinfarkt, og pasientenes meninger om oppfølging etter utskrivning.

Forskerne i denne studien mener funnene støtter oppom tidligere studier omkring temaet. Den viser at det sviktes å imøtekomme hjerteinfarktpasientenes informasjonsbehov på sykehuset. Dette til tross for at de fikk standardisert informasjon. For å forbedre kvaliteten på standardisert informasjon, må det også gis muligheter for toveis kommunikasjon mellom pasient og personalet.

The relationship between in – hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. (Oterhals, Hanestad, Eide, Hanssen, 2006)

Dette er en kvantitativ tverrsnittstudie, med 111 deltakere som hadde gjennomgått hjerteinfarkt i alder 34 - 88 år. De fikk tilsendt spørreskjemaer 6 uker etter sykehus utskrivelse. Denne studien undersøker og beskriver forholdet mellom mottatt informasjon og tilfredsheten med helsehjelpen etter et hjerteinfarkt. Deltakerne hadde også mulighet for å komme med forslag til forbedringer.

Studien viste at forholdet mellom mengden informasjon gitt på sykehuset, hadde betydning for pasientenes tilfredshet med oppholdet og hvordan de mestret hverdagen hjemme. De konkluderer med at det burde tilbys et formalisert undervisningssystem for å sikre kvantitet og kvalitet av den informasjonen hjerteinfarktpasienten får.

Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. (Smith, Liles, 2007).

En kvantitativ studie. Spørreskjemaer ble distribuert av sykepleierne til pasientene og utfylt innen 72 timer etter utskrivelse fra sykehuset. 20 informanter deltok, hvorav 17 var menn og 3 kvinner, gjennomsnittsalder 65,70 år. Studien undersøker hjerteinfarktpasientenes oppfatning av informasjonsbehov før utskrivelse. Forfatterne tar også for seg hvorvidt det er ulike behov relatert til alder og yrkesstatus hos hjerteinfarktpasientene.

Funnene viser at det er forskjeller for informasjonsbehov ved ulike faser av rehabiliteringen, samtidig som behovet for mer informasjon øker ved høyere alder.

The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. (Astin, Closs, McLenachan, Hunter, Priestley, 2008).

Dette er en kvalitativ studie. 29 deltakere som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og blitt PCI-behandlet, ble intervjuet enkeltvis 3-12 dager etter utskrivning fra sykehuset.

Gjennomsnittsalderen var 60 år. Målet for studien var å undersøke informasjonsbehovet til pasienter som ble behandlet med angioplastikk for hjerteinfarkt. Forskerne ønsket deltakernes synspunkter om hvordan informasjonen skulle gis, innholdet samt tidspunktet for å gi informasjon.

Resultatene i studien viser at pasientinformasjonen bør være individualisert, da den enkelte pasient har ulike behov. I tillegg viste det seg at det korte sykehusoppholdet og pasientenes opplevelse av situasjonen har betydning for pasientens evner til å ta til seg informasjon.

4.2 Oppsummering av funn av artiklene.

Artiklene viser til betydningen av pasientinformasjonen har for den enkelte med tanke på å mestre det å ha gjennomgått et hjerteinfarkt både før og etter utskrivelse av sykehuset. Studiene viser til forhold hvor sykehuset har forbedringspotensial når det gjelder kvaliteten og kvantiteten på informasjonen pasientene mottar. I tillegg til at de viser at pasientene ønsker mer individuell informasjon for å ha nytte av innholdet.

5.0 Drøfting.

Antonovskys (2000) teori om stress, helse og mestring er bygd på tenkning om hva den enkelte kan gjøre for å fremme helse til tross for opplevd sykdom (jf punkt 2.3.1). I stedet for å fokusere på risikofaktorer til sykdom, mener Antonovsky (2000) at fokuset heller bør være på det som kan bidra til å fremme god helse. For at sykepleiere skal kunne hjelpe en pasient som har gjennomgått et hjerteinfarkt til å mestre sykdommen, kan informasjon bidra med å danne en forståelse av situasjonen og en opplevelse av sammenheng. Det er dette som er kjernepunktet i Antonovskys tenkning, og med et slikt perspektiv slik jeg ser det, bør informasjonen da inneholde faktorer som bidrar til at pasienten opplever sin situasjon som begripelig, håndterbar, og meningsfull.

Travelbee (1999) viser til menneskets tilbøyelighet til å søke etter mening i møte med lidelse og sykdom, og fremstiller slike situasjoner som potensielle kilder til vekst og utvikling. Det er dette informasjon til hjerteinfarktpasienten kan bidra med.

5.1 Tidsperspektiv – pasientens mottakelighet.

I følge Mæland (2006) har den medisinske fremgangen innen hjertemedisinen, ført til at varigheten av sykehusoppholdet etter gjennomgått hjerteinfarkt er nå blitt så kort at det vanskeliggjør omfattende informasjon til pasienten under oppholdet. Etter det akutte stadiet flyttes de fleste pasientene fra overvåkningsavdelingen til vanlig sykehusavdeling. Dersom det videre forløpet går uten spesielle problemer, utskrives pasienten hjem etter få dager (Mæland, 2006). Travelbee (1999) viser til betydningen av at sykepleieren kjenner til pasientens opplevelse av sykdommen, for å kunne møte deres individuelle behov. Med tanke på det stadig kortere sykehusoppholdet for den enkelte hjerteinfarktpasient, kan det by på utfordringer både for sykepleieren og pasient.

Oterhals et al (2006) viser til flere studier hvor denne pasientgruppens informasjonsbehov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, og man kan lett dra den slutningen og tenke at den korte liggetiden får betydning for hvorvidt helsepersonellet kan imøtekomme pasientenes rettmessige behov for informasjon. Undersøkelsen til Oterhals et al (2006) viser derimot til at det ikke var noen forskjeller på mengde informasjon pasientene fikk i forhold til antall liggedøgn. Uavhengig om de lå mer eller mindre enn fire dager på sykehuset. Dette forklarer

de med at helsepersonellet prioriterer pasientinformasjonen høyt, eller at pasientene kun er mottakelig for en viss mengde informasjon. De viser også til at dette kan ha sammenheng med at et kortere sykehusopphold kan øke helsepersonellens fokusering på pasientinformasjon tidlig i forløpet, eller at de ikke bruker lengre opphold som en mulighet til å gi mer informasjon.

Hanssen et al (2005) viser til en tidligere studie, hvor begrensninger av ressurser og økt gjennomstrømning av pasienter, etterlot helsepersonellet liten tid til å vurdere og håndtere den enkeltes informasjonsbehov. Granum (2003) viser til at prioriteringen av pasientundervisningen må ses i sammenheng med sykehusets og avdelingens kultur. Hun sier at ved planlegging eller eventuelt omorganisering av arbeidet, gir sykepleieren større muligheter til å prioritere pasientundervisning. På den avdelingen jeg praktiserte, ble pasientinformasjon vist høy prioritet og vektlagt både av den enkelte sykepleier og ledelsen. Til tross for høyt arbeidstempo og stor gjennomstrømning av pasienter, inngikk pasientinformasjon tidlig i sykdomsforløpet og som en del av sykepleiernes daglige arbeidsoppgaver. Slik jeg ser det, viser dette at til tross for kort liggetid, kan pasientinformasjon la seg gjennomføre.

Oterhals et al (2005) viser til selv om pasienter med kortere liggetid rapporterte å ikke motta mindre informasjon under oppholdet, assosierte de likevel manglende informasjon med kortere sykehusopphold. Noe som indikerer at informasjonen kanskje ble gitt på et tidspunkt der pasientene ikke var i stand til å ta imot og bearbeide informasjonen. Man kan dermed stille seg spørsmålet om hvor mottakelig hjerteinfarktpasienten er for informasjon under sykehusoppholdet. I følge Smith og Liles (2007) kan pasientenes behov for læring og deres evne til å forstå og huske informasjonen varierer både i alder og i de ulike fasene av rehabiliteringen. Dette fremholder også Astin, Closs, McLenachan, Hunter og Priestley (2008) i sin studie, og viser til pasientenes evne til å absorbere og huske informasjon under sykehusoppholdet begrenses av pasientenes emosjonelle opplevelse av sykdommen.

Hanssen et al (2005) viser til flere forhold som kan ha betydning for den enkeltes evne til å ta til seg informasjon i løpet av sykehusoppholdet, det være seg forståelsen av situasjonen, motivasjon, fysisk og emosjonelle hindringer. De fysiske hindringene for å ta til seg ny informasjon kan ha sammenheng med pasientens ubehag, redusert energinivå og mobilitet, i tillegg til pasientenes mestringsstrategier som fornektelse og angst. En av informantene i den

overnevnte studien gav uttrykk for at det var vanskelig å forholde seg til situasjonen og stille spørsmål når så mange ting skjedde samtidig som han var syk. Dette illustrerer pasientens problem med å forstå det som skjer (Hanssen et al, 2005).

I lys av Antonovskys (2000) tenkning, understreker dette at i tidlig fase av hjerterehabiliteringen kan enkelte pasienter oppleve situasjonen som ubegripelig, uforstående og uten sammenheng. I slike tilfeller vil sykepleierens empatiske evner, i følge Travelbee (1999), hjelpe til å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som pasienten er i der og da. Eide og Eide (2007) viser til sykepleiernes hjelpende kommunikasjonsferdigheter, hvor aktiv lytting ved å aktivere sanseapparatet (verbale og nonverbale) kan bidra til å få et helhetlig bilde av pasientens situasjon. En slik måte å kommunisere på er anerkjennende, skaper trygghet og tillit. Trygghet er i følge Granum (2003), en forutsetning for at pasienten skal kunne ta til seg kunnskap. Dette gjenspeiles i sykepleierens personlighet, faglige kunnskaper og evne til å vise medmenneskelighet.

Mæland (2006) viser til at enkelte pasienter tidlig i rehabiliteringsfasen har redusert evne til å ta imot detaljert informasjon, noe som tilsier at man må gjenta den informasjonen som blir gitt. Dette var noe jeg ofte opplevde i min praksisperiode, selv om pasientene fikk informasjon både av leger og sykepleiere i tillegg til skriftlig materiale og audiovisuelt program, måtte man ofte gjenta informasjonen. I følge pasientrettighetsloven skal helsepersonellet så langt som mulig sikre seg at pasientene har forstått innholdet og betydningen av opplysningene de får. Dette kan være vanskelig å imøtekomme i henhold til Cullbergs (1999) kriseteori, dersom pasientene benytter seg av psykologiske forsvarsmekanismer og ikke er mottakelig for informasjon. Mæland (2006) sier til tross for begrenset mottaklighet av informasjon, er de likevel i stand til å lære i denne fasen.

Smith og Liles (2007) viser til tidligere studier som sier at behovet for læring øker etter utskrivelse. Dette kan forklares med at pasientene da møter hverdagen, og blir stilt overfor ulike valg og utfordringer. Mæland (2006) sier også at pasientene har et større behov for informasjon i denne fasen, og er mere motivert for å lære mer. Tilbakemeldingene fra Oterhals et al (2006) sin studie viste også at det var få pasienter som savnet informasjon under selve sykehusoppholdet, men flere ønsket mer informasjon ved utskrivning og etter hjemkomst. Dette kan tyde på at pasientenes læringsbehov forblir på et kontinuum, en faktor som sykepleiere bør være seg bevist ved pasientinformasjon (Smith, Liles, 2007).

5.2 Informasjonens innhold – standardisert – individuell.

For å kunne forberede en person som har gjennomgått et hjerteinfarkt til å mestre hverdagen, er pasientinformasjon et nøkkelbegrep og basis for all hjerterehabilitering (Mæland, 2006). Det forutsettes at sykepleierne har gode fagkunnskaper, både teoretiske og erfaringsmessige, slik at de kan støtte, oppmuntre og veilede pasienten til å mestre tilværelsen etter utskrivelse (Haugland et al, 2007).

Mæland (2006) bruker uttrykket ”*etter et infarkt har pasienten større problemer i sinnet enn i hjertet*”, for å understreke hvor viktig det er å forstå hjertesykdommen som en totalopplevelse for pasienten. I undersøkelsen til Oterhals et al (2006) kom det frem at sykepleierne hadde mest fokus på informasjon angående medisinske og fysiske aspekter som; hva et hjerteinfarkt er, årsaker og røyking. Sykepleierne la mindre vekt på psykiske og emosjonelle aspekter som; mulige problemer etter et hjerteinfarkt, seksuell aktivitet, arbeidsliv, livsstil og medisiner. Slik jeg ser det tyder dette på at sykepleierne må nærme seg pasienten på en mer helhetlig måte, som ivaretar hele menneskets behov ut fra den enkeltes opplevelse av situasjonen. I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2001) er grunnlaget for all sykepleie et menneskesyn som skal respektere det enkeltes menneskes liv og iboende verdighet

Den som har gjennomgått et hjerteinfarkt må resten av livet til en viss grad ta hensyn til det, da den bakenforliggende årsaken fortsatt er der. Mæland (2006) vektlegger at informasjonen til pasientene bør inneholde kunnskaper om den bakenforliggende årsaken, som røykevaner, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, fysisk aktivitet og kosthold. På den måten kan den enkelte få en forståelse av hvorfor han/hun ble rammet av hjerteinfarkt, og bidra til motivasjon for å endre livsstil. I så måte understreker Mæland (2006) at pasientene bør få vite hvordan dette kan skje, og i mindre grad om hvorfor.

Pasientinformasjonen tar også sikte på å redusere usikkerhet og uvisshet ved sykdommen, og gi den enkelte et større grunnlag til å vurdere å forstå sykdomsutviklingen. På den måten motvirke følelse av hjelpeløshet. Informasjonen bør legge vekt på de ressursene pasienten har og som kan forsterkes. Det er likevel nødvendig at pasienten har en viss kunnskap om hjertets normale virkemåte og hva hjertesykdommen består i. På den måten kan eventuelle misoppfatninger om sykdommen reduseres (Mæland, 2006).

I følge Mæland (2006) kan pasientinformasjon gis standardisert eller individualisert. Med standardisert informasjon refererer han til ”ferdigpakket” som vil si at pasientene får informasjon som er lik for alle. Dette kan lette informasjonstillegningen, og gis i form av ferdige undervisningselementer som brosjyrer eller audiovisuelt program. I følge tilbakemeldingen fra Astin et al (2008) sin studie foretrakk informantene muntlig informasjon under sykehusoppholdet, og anså den skriftlige og audiovisuelle informasjonen som en måte å styrke og støtte denne på. Dette viser at den muntlige delen i tillegg til den skriftlige, har betydning for budskapet i informasjonen og bidrar til økt forståelsen av innholdet.

Mæland (2006) viser til at den standardiserte informasjonen kan inneholde mye av basisinformasjonen. Tilbakemeldingene fra Hanssen et al (2005) sin studie viste at informantene anså den generelle informasjonen som viktig, men fant det vanskelig å knytte den standardiserte informasjonen til de problemene de møtte på hjemme. ”*Den vet best hvor skoen trykker som har den på*”, er det et velkjent uttrykk som heter. Travelbee (1999) viser til den individuelle og personlige erfaringen med sykdom og lidelse, og slik jeg ser det understreker dette at standardiserte informasjonen som gis til pasientene bør ta individuelle hensyn. Hanssen et al (2005) fremholder at et undervisningsprogram som er basert på helsepersonellens oppfattelse av hva pasientens behov er, ikke ivaretar pasientens egentlige informasjonsbehov. Dette gjør det vanskeligere for pasienten å ta til seg og anvende ny kunnskap.

Astin et al (2008) sier at informasjonen må være individualisert, da pasientene har ulike behov. Smith og Liles (2007), viser til i sin studie at de eldste ønsket mer informasjon om kommunale ressurser, enkelte ønsket informasjon om bilkjøring, mens det i Hanssen et al (2005) kom frem at spesielt de yngste informantene var mer opptatt av å komme tilbake til arbeidslivet. Dette viser at informasjonen må ta hensyn til alder og hvor i livet den enkelte befinner seg. I følge Antonovskys (2000) tenkning må pasienten oppleve å kunne håndtere de utfordringene den enkelte blir stilt overfor, for å finne meningen med å mestre situasjonen. Slik å forstå må innholdet av pasientinformasjonen være tilpasset den enkelte, slik at den meningsfulle sammenheng lettere kan tre fram.

På den avdelingen hvor jeg praktiserte, ble det gitt tilbud om standardisert informasjon gjerne med bruk av brosjyrer og video. Ofte ønsket pasienten at vi gikk gjennom informasjonen sammen med dem, for på den måten kunne de stille spørsmål samtidig som de fant det enklere

å forstå innholdet. På den måten ble informasjonen også individualisert. Mæland (2006) viser til at den individualiserte undervisningen er å regne som den beste måten å gi informasjon på, pedagogisk sett. Da innhold, formen og progresjonen bedre kan tilpasse den enkelte pasient. Dette viser også undersøkelsen til Hanssen et al (2005) hvor de mest fornøyde pasientene fikk individualisert informasjon, og det ble gitt anledning til å komme med spørsmål. Informantene i Astin et al (2008) beskrev den muntlige informasjonen, ansikt - til - ansikt tilnærmingen supplert med skriftlig materiale som den beste måten. Slik at de kunne stille spørsmål, og oppklare eventuelle utydeligheter.

I følge Mæland (2006) åpner den individualiserte informasjonen for toveiskommunikasjon slik at den enkelte pasient får kunnskaper om sin egen tilstand, muligheter til å stille spørsmål, og komme frem med sine bekymringer. Resultatene til Hanssen et al (2005) viser til at for å forbedre kvaliteten på standardisert informasjon, må det åpnes for muligheter for toveis kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1999) viser til menneske – til – menneske forholdet som skal bidra til en opplevelse av gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Denne kontakten kan for pasienten oppleves som støttende og beroligende (Mæland, 2006). I tillegg kan det åpne for spørsmål som er vanskelig å ta opp i påhør av andre. Slik jeg tolker dette, vil en individuell tilnærming av informasjonen kunne øke forståelsen av pasientens behov.

Som et kompromiss mellom individualisert og standardisert informasjon, kan pasientinformasjonen gis gruppevis. Mæland (2006) viser til fortrinnet med gruppebaserte opplegg er kommunikasjonen mellom deltakerne og gruppeprosessene. Tilbakemeldingene fra Hanssen et al (2005) sin studie viste at den generelle informasjonen som ble gitt i gruppevis, var vanskelig å tilpasse den enkeltes situasjon. I tillegg følte enkelte seg usikre i undervisningsgruppen. En av informantene beskrev at til tross for at vedkommende ønsket å stille spørsmål, fant det vanskelig på grunn av gruppestørrelsen og frykt for å stille naive spørsmål.

Tveiten (2008) viser til at veiledning og undervisning i gruppe bør man vurdere kriterier for sammensetningen av den, det være seg diagnose, alder, likhet i erfaringer, felles interesser og behov. Gruppens dynamikk i samhandling og kommunikasjon bør være liten nok til at det er mulig å oppleve trygghet i gruppen. Sykepleieren bør også legge til rette for at deltakerne forholder seg til hverandre med respekt og velvilje (Tveiten, 2008). For å få et godt

læringsmiljø, har både sykepleierens og pasientens personlige egenskaper og holdninger betydning, i følge Granum (2003). Min erfaring med gruppeundervisning er at det kan by på utfordringer med sammensetningen av disse, både når det gjelder alder, interesser og behov.

Travelbee (1999) viser til det unike ved hvert menneske og at den enkelte dermed har individuelle behov. Oterhals et al (2006) viser til at enhver pasient er unik påvirket av tidligere erfaringer, oppfatninger, mestringsmekanismer, personlighet og sosial støtte. Helsepersonellet bør derfor avdekke kjennetegn på engstelse, fornektelse, sinne og depresjon for å gi individualisert pasientinformasjon. Av den grunn anser jeg gruppeundervisning som et supplement for den individuelle informasjonen som tilbys.

5.3 Pasientenes opplevelse av informasjonen.

Granum (2003) viser til sykepleierens undervisningsfunksjon som skal sørge for at pasienten tilegner seg kunnskap for å kunne forstå sin situasjon bedre og derved lettere mestre hverdagen. Pasientenes subjektive opplevelse av informasjonen er derfor av stor relevans for å imøtekomme og ivareta den enkeltes behov og ønsker.

Tilbakemeldingene fra informantene i Oterhals et al (2006) sin studie viste at desto mer informasjon de mottok mens de var innlagt på sykehuset, jo bedre taklet de konsekvensene av sin sykdom etter utskrivelse. Dette viser betydningen pasientinformasjonen har for den enkelte når det gjelder å mestre hverdagen etter et hjerteinfarkt. Men som flere studiene viser til så er det likevel temaer som går igjen hvor informasjonen har forbedringspotensial.

De fleste informantene i Oterhals et al (2006) og Hanssen et al (2005) sine studier, sier seg stort sett fornøyd med den informasjonen de fikk relatert til behandling og omsorg under sykehusoppholdet. Men begge studiene peker ut områder hvor de anså informasjonen som mangelfull eller hadde forbedringspotensial. Pasientene i Oterhals et al (2006) sin studie rapporterte at de var minst fornøyd med informasjonen de fikk om medikamenter og mulige framtidige problemer. Tilbakemeldingen fra informantene i Hansen et al (2005) viser til at informasjonen var for generell og fokuserte mer på det tekniske istedenfor relevante konsekvenser av sykdommen etter utskrivelsen. Etter hjemkomst opplevde de fleste pasientene at de hadde manglete informasjon om ulike emner. De etterlyste derfor mer informasjon om det å takle fysiske og psykiske konsekvenser av sykdommen, fysisk aktivitet,

endringer av livsstil for å redusere risikofaktorer, konsekvenser for fremtidig aktivitet, arbeidslivet, og medisiner (Hanssen et al, 2005).

Tilbakemeldingene fra undersøkelsen til Smith og Liles (2007) viste at de fleste hjerteinfarktpasientene før utskrivelse av sykehuset anså at informasjon om medisiner, komplikasjoner og symptomer, behandling og aktiviteter i dagliglivet som de viktigste temaene. Forfatterne viser til at pasientene tidlig i rehabiliteringsfasen har behov for mer praktisk informasjon om deres tilstand, dens årsaker og forebygging. Dette underbygger også resultatene som kom frem i Oterhals et al (2006) sin studie. Informantene her rangerte medisiner, mestring av symptomer, anatomi og fysiologi i tillegg til risikofaktorer som de viktigste temaene å ha kunnskaper om, både før og etter utskrivelse. På den avdelingen jeg praktiserte, stilt ofte pasienten spørsmål om medisineringen, da de fleste fikk nye medisiner og/eller at doseringen ble endret på. I tillegg opplevde enkelte pasienter bivirkninger av disse.

I følge Granum (2003) er slike praktiske kunnskaper knyttet til det *å vite hvordan og å kunne gjøre, eller handle* i forbindelse med både hendelsesforløp og til eventuelle reaksjoner på den. Slik kunnskap gjør at pasienten har muligheter til å handle i situasjonen han/hun står i, og gir den enkelte en større opplevelse av å ha kontroll (Granum, 2003). Dette viser også Mæland (2006) til, og sier at det kan føre til at pasienten har større evne til å takle fremtidige problemer som kan oppstår. Praktisk kunnskap om følgene til hjertesykdom tidlig etter et hjerteinfarkt er også forbundet med færre unødvendige reinnleggelser (Mæland, 2006).

Granum (2003) viser til forskning som sier at sykepleiere først og fremst sentrerer undervisningen rundt de arbeidsoppgavene de utfører, og at mesteparten av undervisningen består av fakta. Det fokuseres ikke så mye på hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Som tidligere nevnt kom dette også frem i Oterhals et al (2006) sin studie hvor sykepleierne gav mest informasjon om medisinske og fysiske aspekter, og vektla mindre informasjon om psykologiske og emosjonelle aspekter. Dette tyder på at sykepleiernes oppfattelse om hva innholdet i pasientinformasjonen skal innebære, ikke samsvarer med pasientens behov. Dette er en forutsetning for at pasienten skal tilegne seg ny kunnskap, i følge Granum (2003). Man kan tolke dette på den måten at det er nødvendig å ha forståelse av pasientens egentlige informasjonsbehov, uttrykt fra den enkeltes perspektiv.

I følge Oterhals et al (2006) viste deres studie at de eldste pasientene mottok minst informasjon før hjemreise. Til tross for at det i følge Smith og Liles (2007) var de over 65 år som ønsket mer informasjon enn de som er under 64 år. Spesielt i tilknytning til kommunale tjenester. Oterhals et al (2006) antyder at eldre pasienter har en tendens til å trenge repetisjon av informasjonen, og relaterer det til alder, visuell og hørselsproblemer. I tillegg kan de vegre seg til å stille spørsmål.

6.0 Avslutning.

Informasjonen som hjerteinfarktpasienten får på sykehuset har betydning for hvordan de mestrer tilværelsen etter utskrivelse. Til tross for kortere liggetid for denne pasientgruppen, vil helsepersonellens prioritering av denne oppgaven kunne la seg gjennomføre. Med tanke på hvor i livet den enkelte befinner seg, vil individuell tilpassning av informasjonen bedre kunne øke forståelsen og ivareta pasientens behov og ønsker. Gjennom aktiv lytting kan man få et helhetlig bilde av situasjonen, og til rette legge undervisningen etter den enkeltes mottakelighet. Det er derfor nødvendig å tenke helhetlig og sette pasienten i sentrum. Dette tror jeg kan fremme kvaliteten og kvantiteten av pasientinformasjonen.

7. 0 Litteraturliste.

Antonovsky, A (2000). *Helberedets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.

Astin F, Closs, S. J, McLenachan, J, Hunter, S, Priestley C (2008). *The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study*. Patient Education and Counseling, Vol 73(2): 325-332

Cullberg, J (1999) *Mennesker i krise og utvikling*, Gjøvik, Ascehaug (side 48)

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Eide, H & Eide, T. (2006) *Kommunikasjon i relasjoner; Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Norsk Forlag AS. (kap 1)

Forsberg, C., Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur. (kap 2).

Granum, V.(2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hanssen, T. A, Hanestad, B. R, Nordrehaug, J. E, (2005). *A qualitativ study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge*, European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 4(1): 37-44.

Haugland, Hansen, Areklett, (2007). *Sykepleie til pasienter med hjertelidelser*. I: H, Almås (red), *Klinisk sykepleie*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (kap 18).

HSH. Biblioteket Høyskolen Stord/Haugesund (2010) *Generelle retningslinjer for oppgaveskriving*. Tilgjengelig fra:

<http://www.hsh.no/biblioteket/studiehjelp/referanseliste.htm#eksempel>

Kirkevold, M (2003) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om helsepersonell (1999) §10. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov om pasientrettigheter (1999) § 3. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

Molven, O. (2006) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Norsk Sykepleierforbund (2001) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet på nettet 10.01.10, tilgjengelig fra:

<http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>

Olsson, H, Sörensen, S (2006). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (side 61).

Oterhals, K., Hanestad, B., Eide G. og Hanssen T. (2006) *The relationship between in - hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*, European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 5 nr 4 s. 303-310

Renolen, Å (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget. (kap 6)

Smith, J., Liles, C. (2007). *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients*, Journal of Clinical Nursing V. 16 nr.4 s. 662-671.

Statistisk Sentralbyrå (2000). Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/>

Sosial- og helsedirektoratet (2005) - *og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.