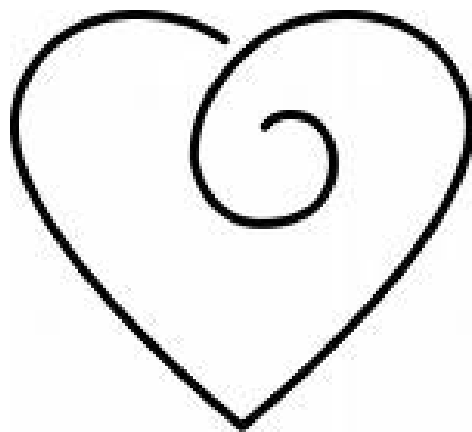


Gjennomgått akutt PCI og informasjon

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt?



Prosjektoppgave

Høgskolen Stord/Haugesund

Videreutdanning i intensivsykepleie

Våren 2009

Kandidat nr 4 og nr 12

INNHold

INNHold	2
1. INTRODUKSJON	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Formål med oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon	5
2. BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	6
2.1 Intensivsykepleie	6
2.2 Informasjon	6
2.2.1 Kommunikasjon.....	9
2.2.2 Ressursmessige rammer.....	9
2.3 Informasjonsbehov og hjerteinfarkt	10
2.3.1 Akutt PCI	11
2.4 Krisereaksjoner og hjerteinfarkt.....	12
2.5 Joyce Travelbee	13
3. METODE.....	17
3.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	17
3.2 Metodens positive og negative sider	18
3.3 Deltakere	18
3.4 Praktisk gjennomføring og analyse av data.....	19
3.5 Tidligere forskning	19
3.6 Litteratursøk	21
3.7 Kildekritikk	21
3.8 Ethiske aspekter	21
4. DRØFTING.....	23
4.1 Å vite eller ikke vite, hvor mottagelig er pasienten?.....	23
4.2 Tid og kompetanse - viktige forutsetninger for å informere.....	26
4.3 Kommunikasjon – å være sensitiv for pasientens behov og oppfattelse.....	28
4.4 Informasjonens innhold og struktur.....	30
5. OPPSUMMERING.....	33
LITTERATURLISTE.....	36

Vedlegg 1 Informasjonsskriv til avdelingen

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3 Intervjuguide

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleiere som til daglig arbeider ved en hjerteovervåking. I denne oppgaven har vi valgt å skrive om *informasjon til pasienter som har vært til akutt PCI*.

I Norge skyldes ca. 45 % av alle dødsfall hjerte-karsykdom, og hvert år er det ca 15 000 pasienter som får akutt hjerteinfarkt (Stokland 2005).

Ved hjerteovervåkingen møter vi daglig pasienter som har vært til akutt PCI ved et større sykehus på grunn av ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI). Vi opplever at disse pasientene kommer tilbake til vår avdeling etter 1-2 døgn med mange spørsmål og bekymringer.

Pasientene ser ofte forbausende friske ut i forhold til hva de var ved akutt sending bare et par dager før. De har gjennomgått et hjerteinfarkt, men nærmest ingen kan se på dem hvor alvorlig syke de egentlig har vært. For bare noen få år siden ble disse pasientene liggende inne på vår avdeling og ble behandlet med Actilyse eller Streptase for å løse opp evt. trombe i koronararteriene. Hjertekateterisering og eventuell PCI ble først tilbudt dem på et senere tidspunkt. I og med at pasientene ble liggende hos oss over lengre tid var det god anledning til å informere om sykdommen, behandlingen og hvordan de skulle forholde seg til livet videre. Denne informasjonen var sterkt prioritert både fra den enkelte sykepleier og avdelingens ledelse. Nyansatte sykepleiere på avdelingen ble grundig opplært i hvordan denne informasjonen skulle gis og dermed ble denne "tradisjonen" holdt i live. Vi opplever nå at store deler av denne viktige informasjonen ikke blir gitt til pasientene før hjemreise kanskje blant annet på grunn av travel avdeling, pasientens korte opphold og mangelfull opplæring av nyansatte.

Vi tror at pasientens følelse av trygghet ved hjemreise avhenger blant annet av den informasjonen som blir gitt i forkant av utskrivelse.

I følge Toriesen (2001) vil hjerteinfarktpasienter som blir godt informert, veiledet og motivert, forhåpentligvis være hjulpet til en bedre egenomsorg og rehabilitering. En større satsing på informasjon og veiledning både på sykehus og like etter utskrivning kan kanskje spare pasienter og pårørende for unødvendige belastninger og bekymringer, unødige reinnleggelser og hjelpe dem til å komme raskere tilbake til arbeidslivet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått akutt PCI blir bedre ivaretatt?

I problemstillingen inkluderer vi alle pasienter som har gjennomgått akutt PCI på grunn av ST-elevasjonshjerteinfarkt og som kommer tilbake til lokalsykehus for videre oppfølging. Vi utelukker ingen uansett kjønn, alder og etnisk tilhørighet.

1.3 Formål med oppgaven

Målet med oppgaven er å øke intensivsykepleierens kunnskap om hvilken informasjon valgt pasientgruppe bør få før hjemreise og hvordan den skal gis. Dessuten ønsker vi å belyse hvordan sykepleier på en best mulig måte kan sikre at den informasjon som gis, blir mottatt og forstått hos pasientene, og hvordan denne kan kvalitetsikres. Som intensivsykepleiere ønsker vi dessuten å belyse hvordan vi til tross for en travel hverdag, kan sørge for at valgt pasientgruppe får den informasjonen de trenger før de reiser hjem.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i fem hovedkapitler. I innledningen presenterer vi bakgrunn for valg av tema, problemstilling med avgrensninger og presiseringer og formålet med oppgaven. I kapittel 2. tar vi for oss begrepsmessig rammeverk som inneholder teori som er relevant i forhold til vårt tema og problemstilling. Artiklene som vi har benyttet oss av i drøftningsdelen, har vi valgt å presentere under et eget punkt i metodedelen (Kapittel 3), fordi vi synes det ble mer hensiktsmessig for vår oppgave. I tredje kapittel tar vi for oss valgt metode; kvalitativt forskningsintervju, metodens positive og negative sider, deltakere, praktisk gjennomføring og analyse av data. I tillegg blir tidligere forskning, litteratursøk, kildekritikk og etiske aspekter presentert i dette kapitlet. Drøftningsdelen kommer under kapittel 4 og er delt inn fire underkapitler ut i fra tema som kom fram under intervjuene. Oppgavens avslutning blir kapittel 5 hvor vi oppsummerer funnene våre.

2. BEGREPSMESSIG RAMMEVERK

2.1 Intensivsykepleie

Intensivsykepleie forgår i et høyteknologisk miljø der det avanserte og spesielle går hånd i hånd med det hverdagslige og enkle, og der omsorgen for den syke og hans familie står sentralt. Omgivelsene rundt pasienten er preget av medisinsk teknisk utstyr som skal overvåke og avhjelpe svikt i livsviktige funksjoner (Halvorsen Grøthe 2002). Den medisinske tekniske utviklingen har endret tilbudet til den akutt kritisk syke pasienten. I takt med denne utviklingen har intensivsykepleie til den akutt kritisk syke blitt en spesialisering innen sykepleiefaget (Moesmand og Kjøllestad 2003):

”Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelig kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak” (vedtatt på NSFLIS’ s Generalforsamling 2.september 2004).

Intensivsykepleier skal ut i fra faglig forsvarlighet og omsorg bidra til at pasientens livsviktige funksjoner opprettholdes eller gjenoprettes, at pasienten får informasjon og mulighet til å medvirke i behandling og pleie, at pasienten kommer tidlig i en rehabiliteringsfase og kan gjenoppta personlig kontroll, samt å hjelpe og støtte når behandling ikke nytter og døden er uunngåelig. Sykepleie til den akutt kritisk syke og pårørende tar utgangspunkt i deres ressurser og spesielle situasjon, og er bygget på et helhetlig menneskesyn hvor pasientens integritet og rettigheter opprettholdes (Moesmand og Kjøllestad 2005).

2.2 Informasjon

I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere sies det at intensivsykepleieren skal ha en undervisende funksjon overfor pasient og pårørende(NSFLIS’ s Generalforsamling 2002).

Veiledning og undervisning har bl.a. til hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom og mestre konsekvenser av sykdom og behandling hos pasienter og pårørende. De fleste vil i sammenheng med sykdom og lidelse hos seg selv eller nærstående ha behov for å vite, forstå og mestre symptomer, behandling og konsekvenser av symptomer og behandling. Undervisning og veiledning er også relevant for ivaretagelse av egenomsorg (Tveiten 2008).

For å nå fram med informasjon til pasienten, er tillit til sykepleiere en grunnleggende forutsetning. Siden kompetanse er beskrevet som en absolutt forutsetning for tillit, vil det si at sykepleiere må sikre seg at de har den kompetanse som til en hver tid kreves av dem. Kompetansen synliggjøres i møte med pasienten ved at sykepleier bruker og omsetter kunnskaper og ferdigheter i konkrete situasjoner (Helseth og Nortvedt 2002).

Moesmand og Kjøllestad (2005) viser til Hupcey som fant hos en gruppe intensivpasienter at behovet for å føle seg trygg var det viktigste. Noe av det som påvirket tryggheten var å vite hva som skjer, hva en kan forvente. For å møte dette behovet trenger pasienten informasjon både under og etter sykdom og behandling. Pasienters rett til medvirkning og informasjon har både et juridisk og moralsk fundament ifølge pasientrettighetsloven § 3. Viktig er også kravet om at sykepleier sikrer seg at pasienten forstår informasjonen som er gitt (Moesmand og Kjøllestad).

I henhold til pasientrettighetsloven § 3-1 som uttrykker at *"pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen"*, blir det i prinsippet overlatt til helsepersonellet ut fra eget skjønn å bestemme hvor mye informasjon som skal gis. Men på den annen side er det klart at tilsynsmyndighet og domstol i ettertid kan prøve om mengden av og kvaliteten på informasjon som er gitt kan sies å være nok. Plikten til å informere etter § 3-1 gjelder alle sider ved helsehjelpen; utredning og diagnose, prognose og tiltak, herunder behandling og pleie og konsekvenser av ulike tiltak, påkjenninger som er knyttet til selve behandlingen, tidsperspektiver ved behandling og annet som kan ha betydning for pasientens behov for oversikt og mulighet for å planlegge livet sitt. Pasientens rett til informasjon gjelder uavhengig om de etterspør den og den skal bli meddelt i samsvar med de kravene som gjelder til innhold. Selv om det er gitt informasjon er det ikke sikkert de har forstått den. Ifølge § 3-5 annet ledd: *"Helsepersonellet skal så langt*

som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene” (Molven 2006).

Ifølge Mæland (2006) er pasientinformasjon basis for all hjerterehabilitering. ”Kunnskap er makt” heter det og kanskje er dette ekstra sant ved sykdom. Pasientinformasjon tar sikte på å redusere usikkerhet og uvisshet forbundet med sykdom. Det å ha kunnskap om sykdom dreier seg om å ha innsikt i flere forskjellige aspekter ved den. En kan skille mellom det å vite noe om sykdommen i sin alminnelighet, og det å vite noe om sin *egen* sykdom. Likedan kan en skille mellom kunnskap om hva som forårsaker en sykdom, hvordan den manifesterer seg og hvordan den vil arte seg videre. For hjertepasienten dreier det seg om å forstå bedre bakgrunnen for sykdommen, hvordan symptomene skal tolkes og hva som venter i fremtiden. Det er også nødvendig å skille mellom det som vitenskapen sier og det som folk flest tror, da det finnes mange usanne forestillinger om sykdom. Ofte er slike forestillinger tidligere medisinske ”sannheter”. En viktig side ved pasientundervisning er derfor å hjelpe pasienten til å forstå at slike myter ikke er gyldige, og informasjon må derfor være grundig og begrunnet. I tillegg til informasjon om det ”typiske” ved pasientens sykdom, er det også nødvendig med individuell informasjon. På den måten kan en forhindre at misforståelser oppstår. Men pasientene er ulike og ikke alle er like pågående etter informasjon, spesielt ikke den første tiden etter et infarkt eller en operasjon. Informasjon bør derfor gis som et tilbud, som pasienten selv velger å ta imot eller ikke, samtidig som den bør formidles på flere ulike måter. Skriftlig materiell og audiovisuell informasjon er nok for noen, mens andre vil ha opplysningene gjennom fortrolige samtaler. Hjerterpasienter bør derfor få et tilbud om systematisk og individuell informasjon i sykehus. Men varigheten av et sykehusopphold er nå ofte kort, informasjon bør derfor være første fase i et opplegg som fortsetter etter utskrivelse. Det korte oppholdet på sykehuset vanskeliggjør en omfattende informasjon. I tillegg er pasientene på dette tidspunktet lite mottagelige for detaljert informasjon, og en må derfor regne med at mye av det som sies under oppholdet bør gjentas senere (Mæland 2006).

Pasientinformasjon kan gis standardisert eller individualisert. Med standardisert informasjon menes at pasientene får en undervisning som er lik for alle. Ved individualisert undervisning blir innholdet, formen og progresjonen i informasjonen tilpasset den enkelte pasient. Slik undervisning åpner opp for toveiskommunikasjon (Mæland 2006).

2.2.1 Kommunikasjon

Sykepleier benytter kommunikasjon blant annet for å gi pasienten informasjon, trygghet og veiledning. God kommunikasjon kan bidra til å redusere stress i forbindelse med medisinsk behandling og strukturere evt. kaos pasienten opplever (Dybwik 2006).

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i eller ha forbindelse med. Kommunikasjon kan defineres som en utveksling av signaler mellom to eller flere parter, og der mellommenneskelig kommunikasjon ses som en utveksling av informasjon og mening. Det er en gjensidig prosess der mennesket formidler sine tanker og følelser til et annet menneske. Hensikten med kommunikasjon er alltid å skape god kontakt med pasient og pårørende. For å klare dette må sykepleier ha kunnskaper og ferdigheter, kunne ta etiske overveielser, vise empati og være målorientert (Eide og Eide 2007).

Eide og Eide(2007) bruker adjektivet *hjelpende* som et kjennetegn ved kommunikasjon i helseprofesjonene, nemlig at den er ment å være til hjelp for pasient og pårørende. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og påvirke pasient og pårørende til å kontrollere sin situasjon på best mulig måte. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og hver pasient er unik og har unike behov. Derfor finnes det på forhånd ingen fastsatte, enkle og konkrete oppskrifter på hva som er mest hjelpende eller problemløsende, og heller ingen konkret oppskrift på hvordan man bør opptre i den enkelte situasjon. Men en rekke aspekter kan være av betydning av for at kommunikasjon fungerer. Noen av disse er å være lyttende, observere og fortolke verbale og nonverbale signaler, skape likeverdige relasjoner, klar og forståelig informasjon og å møte den andres behov og ønsker på en god måte (Eide & Eide 2007).

2.2.2 Ressursmessige rammer

For å skape en god kommunikasjon mellom intensivsykepleier og pasient, som gir grunnlag for å dekke et informasjonsbehov, bør også det ressursmessige rammeverket være tilstede. Markedskreftenes ideologi synes å ha nådd helsevesenet hvor fokus er rettet mot økonomi

og budsjettbalanse og ikke mot pasientenes ve og vel. Holistisk tenkning som er grunnlaget for sykepleien, ser ut til å ha dårlige vilkår innenfor stramme økonomiske rammer. Innenfor sykehusene, er det behandlingen som er hovedmålsettingen og det er naturlig, da pasienten kommer dit for å få behandling. I en hektisk hverdag hvor ressursene er knappe, nedprioriteres de helhetlige verdiene som preger sykepleiefaget (Odland 2008).

2.3 Informasjonsbehov og hjerteinfarkt

Hvilken informasjon trenger pasientene om hjerteinfarkt før hjemreise? En viktig målsetting for intensivsykepleier bør være at informasjonen gir pasienten økt kunnskap og dermed større grunnlag for å vurdere å forstå sykdomsutviklingen. Dette kan føre med seg større evne til å takle problemer som kan komme og det kan hjelpe pasienten å velge en livsstil som reduserer risikoen for tilbakefall (Mæland 2006).

Hjerteinfarkt oppstår når en del av hjertemuskelen rammes av lokal anoxi (mangel på surstoff) og det leder til celledød. Årsaken er så godt som alltid en total okklusjon av koronararterien. Slik tilstopping skyldes som regel trombedannelse i en forkalket og forsnevret koronararterie og er typisk etter ruptur av et aterosklerotisk plakk (Otterstad 2001; Persson 2003). Forut for dette ligger det nesten alltid en lang utvikling med gradvis forsnevring i en eller flere koronararterier. Forsnevringene (plakk) skyldes avleiringer av fettstoffer i åreveggen, samt oppsvulming av muskellaget på samme sted. Etter hvert kommer det også kalknedslag i disse plakkene og derav ordet "åreforkalkning" (Mæland 2006).

Risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom kan deles inn på virkelige og upå virkelige. Det sees en økende forekomst av aterosklerose ved økende *alder*. *Arv* er en annen viktig risikofaktor; tendensen til å utvikle aterosklerose ser ut til å følge familier. Andre slektninger (foreldre og søsken) som har fått hjerteinfarkt før 55 år, blir regnet som en klar risikofaktor. *Menn* har større risiko for å utvikle koronarsykdom enn kvinner og rammes oftere av hjerteinfarkt i yngre alder.

Risikofaktorer som er delvis på virkelige eller som kan påvirkes eller behandles er: *Sigarettrøyking* er den største årsaken til koronar hjertesykdom og plutselig død. Risikoen

Øker jo lengre personen har røykt. En røykers risiko for plutselig død er to til fire ganger større enn en ikke-røykers risiko. *Høyt blodkolesterol* øker risikoen for hjerteinfarkt. *Høyt blodtrykk* medfører økt risiko for aterosklerose. Hypertensjon blir også kalt "silent killer" fordi det vanligvis gir få symptomer. *Diabetes mellitus* doubler risikoen for å få koronar hjertesykdom. *Inaktivitet* og *overvekt* er andre faktorer som øker risikoen for koronar hjertesykdom (Morton 2005).

Det kliniske bildet ved akutt hjerteinfarkt kan være ulikt, alt i fra symptomfrihet til plutselig død. Symptombildet er varierende men det vanligste debutsymptomet er sentrale brystmerter med utstråling til hals, armer og abdomen. Pasienter med dette sykdomsbildet skal innlegges på en kardiologisk intensiv enhet for infarktovervåkning. Tidlig og rask diagnostisering av akutt hjerteinfarkt er avgjørende både for å starte behandling og for å begrense skadene på hjertet. (Otterstad 2001; Persson 2003). Brystmertepasienter skal behandles som infarktpasienter til det motsatte er bevist (Eikeland, Gimnes, Holm 2005).

Det skilles mellom akutt ST- elevasjons myokardinfarkt og ikke ST-elevasjons myokard infarkt. Akutt ST-elevasjons infarkt (STEMI) viser seg vanligst med et dramatisk og klassisk sykdomsbilde. Det domineres av sentral brystsmerte og tegn på surstoffmangel til et område av hjertet på EKG-bildet i form av ST-hevning eller venstresidig grenblokk. Innen noen timer etter det akutt inntrufne, kan skaden på hjertemuskelen bekreftes i form hjerteinfarktmarkører i blod. Ikke ST-elevasjons infarkt (NSTEMI) kan også vise seg ved et akutt forløp med alvorlige brystmerter, men surstoffmangelen til hjertemuskelen viser seg på EKG-bildet i form av ST-senkning eller T-inversjon uten ST-hevning. Evt. skade på hjertemuskelen kan også her påvises av hjertemarkører i blod.

2.3.1 Akutt PCI

For at pasienter med koronarsykdom skal få bedre innsikt i sin egen sykdom, vil det også være nødvendig å vite noe om behandlingen som tilbys. I dette tilfellet har pasientene vært til PCI som følge av akutt ST- elevasjons infarkt. Behandlingen ved akutt koronar sykdom tar sikte på å lindre pågående symptomer samt å minske utviklingen av hjerteinfarkt og risiko for alvorlige komplikasjoner. Den umiddelbare behandling som tilbys her er PCI eller medikamentell trombololyse (Wallentin og Stenestrand 2005). Det er nå rutine ved alle de

større sykehusene å gjøre akutt PCI for å åpne blodåren ved tegn på total okklusjon av en koronararterie. Tidlig medisinsk intervensjon med trombolytisk behandling og/eller PCI, kan begrense eller hindre myokardskade ved akutt koronarsykdom. Dermed vil prognosen også bedres på lang sikt. Tidlig intervensjon med PCI vil også bedre leveutsiktene ved utbredt aterosklerose i koronararteriene (Mæland 2006).

PCI (Percutaneous Coronary Intervention) utføres med et kateter som føres gjennom en arterie fra håndleddet eller i lysken og videre inn i koronararteriene. Ved å sette inn kontrastvæske fremstilles arteriene i hjertet og eventuelle forsnevninger kan utvides ved at en ballong på tuppen av kateteret blåses opp. Man foretar en ballongdilatasjon, såkalt «blokking» av koronararterier. For å holde koronararterien åpen, legges det ofte inn en *stent*, et metallgitter formet som en sylinder som etter hvert vokser inn i åreveggen. Hensikten er å få åpnet den infarktrelaterte arterien så raskt som mulig og få tilbake blodgjennomstrømningen og surstofftilførselen til hjertemuskelen. Tiden fra symptomdebut, til det okkluderte karet er åpnet, bør ikke overstige 60 – 90 minutter (Eikeland, Gimnes & Holm 2006).

2.4 Krisereaksjoner og hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt inntreffer plutselig. Smertene kan være intense og ledsages av dødsangst. Sykehusinnleggelsen skjer ofte på en dramatisk måte. Dette er en ny og skremmende situasjon som utgjør en trussel for pasienten. Reaksjonsmåten etter et hjerteinfarkt følger i store trekk det samme forløp som etter andre plutselige og truende hendelser (Mæland 2006).

En psykisk krise beskrives av Cullberg (2003) som en tilstand hvor tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter ikke er tilskrekkelig for å mestre den aktuelle situasjonen. Et "naturlig" kriseforløp deles inn fire faser:

1. *Sjokkfasen* - her "hersker" det ofte et kaos av følelser. Dette er krisens akutte fase. Det er vanskelig å forstå det som er skjedd. All psykisk energi blir brukt til å orientere seg i den nye tilværelsen.

2. *Reaksjonsfasen* - litt mindre kaotisk fase, det går opp for en hva som er skjedd. Følelsene svinger mellom sorg og sinne, fortvilelse og tomhet. Søvnforstyrrelser, appetittforstyrrelser og andre kroppslige reaksjoner er ganske vanlige.
3. *Bearbeidingsfasen* - en klarer å holde smerten borte i lengre eller kortere perioder. Hverdagen begynner å fungere mer normalt, og en begynner å fungere mer konstruktivt.
4. *Nyorienteringsfasen* - smerten er under kontroll eller borte. En nyorienterer seg i livet og begynner "å leve" igjen.

Hvordan en krise blir løst og bearbeidet avhenger av mye. Blant annet av hvor mye praktisk og psykisk støtte og hjelp en får fra nærstående familie og venner (Cullberg, 2003). Moesmand og Kjøllesdal (2007) vektlegger pårørendes viktige betydning for pasientens forståelse og opplevelse av situasjonen. Pårørende er en viktig ressurs både under sykehusoppholdet og etter hjemkomst.

I følge Mæland (2006) er de første timene eller dagene etter en akutt koronar hendelse gjerne en sjokkfase, hvor pasientens følelsesmessige reaksjoner er lammet eller undertrykket. Pasienten kan virke rolig og nærmest likegyldig, men under overflaten kan det herske kaos, men i virkeligheten holder pasienten avstand psykologisk. I denne fasen har pasientene ofte vansker med å motta informasjon og huske det som skjer med ham.

2.5 Joyce Travelbee

Travelbee påpeker to grunnleggende behov som står sentralt for de fleste som gjennomgår kirurgiske inngrep: *Behovet for informasjon og behovet for sikkerhet*. Behovet for informasjon refererer til behovet for den enkelte pasient å forstå hva som skjer med ham, både før, under og etter inngrepet (Travelbee 2005).

Hennes teori legger spesielt vekt på de mellommenneskelige aspekter i sykepleierens møte med pasienter og pårørende.

I følge Joyce Travelbee (2005) er et hvert menneske unikt og uerstattelig. Hun vektlegger særlig samhandlingen mellom sykepleier og pasient i sin sykepleieteori. Hennes definisjon på sykepleie:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 2005, s.29).

Begreper som *lidelse, mening og håp* er sentrale i hennes tenkning.

Travelbee betrakter *lidelse* som en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde. Lidelse er knyttet til det som betyr noe i livet for den enkelte. Dette er noe alle vil erfare før eller siden i livet, og opplevelsen vil være høyst personlig. Hvordan mennesket opplever lidelse er det viktigste fokuset for sykepleieren, ikke selve diagnosen. Opplevelsen av lidelsen resulterer i personlig vekst og utvikling.

Det ligger også i menneskets natur å søke etter mening hevder Travelbee. *Mening* knytter hun opp til personens opplevelse av å bry seg om noe eller noen utenfor seg selv. En person opplever også mening når han føler at han har verdi og betydning for andre. De svarene som gir mening, må ethvert menneske finne fram til selv. For å utvikle og opprettholde opplevelsen av mening, blir pårørende og helsepersonell viktige støttespillere.

Håp beskrives som en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå fram eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige.

Menneskesyn - Hun påpeker viktigheten av at hvert enkelt menneske har en individuell og personlig opplevelse av blant annet erfaringer som lidelse, sykdom og smerte. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er bevisste hver enkelts ulike opplevelse av dette.

Omgivelser - Hun er lite opptatt av miljøet. Den kulturen personen er en del av vil ha betydning for vedkommendes oppfatning av sykdom og lidelse. Hun påpeker hvor betydningsfull pasientens familie er, i forhold til den syke.

Helse- Hun påpeker videre at et menneske kan oppleve å ha helse til tross for diagnostisert sykdom. Dette er altså en subjektiv opplevelse. Eventuelt kan en person oppleve fravær av

helse selv om vedkommende ikke er diagnostisert som syk. For Joyce Travelbee er den subjektive opplevelsen av helse sentral.

Sykepleie- sykepleiedefinisjonen bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og videre på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Det blir derfor viktig å hjelpe den syke til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. Dette skjer gjennom etableringene av et menneske til menneske forhold, som er et sentralt begrep for Travelbee.

Det overordnede målet er: *Hjelpe personer til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom, og forebygge sykdom og fremme helse.*

Travelbee hevder at i hvert møte mellom pasient og sykepleier foregår det *kommunikasjon*, enten de prater sammen eller er tause. All kontakt med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med han som menneske, og til å se hva som er hans behov, og hva han trenger for at disse skal bli ivaretatt. Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et middel til å møte pasientens behov for sykepleierens tjenester.

Travelbee deler kommunikasjonsferdigheter i to kategorier:

1. Generelle evner som er nødvendige for alle, som å lese, skrive, lytte og tolke andres nonverbale og verbale kommunikasjon korrekt.
2. De spesifikke kommunikasjonsferdigheter for sykepleie omfatter blant annet evner til å observere og tolke observasjoner. Videre det å handle målrettet og evne til å finne ut om kommunikasjonen når fram.

Gjennom kommunikasjon kan et *menneske-til-menneske forhold* etableres og sykepleiens mål og hensikt kan oppnås. Menneske-til-menneske forholdet etableres gjennom flere faser:

- *Det innledende møtet* – mellom sykepleier og pasient. Det er her viktig å ikke være forutinntatt, men se pasienten slik som han er som person. Man må ikke basere møtet på generalisering og stereotype oppfatninger. Ser ikke sykepleieren mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk.

- *Framveksten av identitet* – underveis i interaksjonen, vil pasientens og sykepleierens identitet bli oppfattet av den andre. Stereotypingen blir svakere og de oppfatter hverandre som særegne personer.
- *Empati* – er evnen til å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Et bånd av nærhet og kontakt er knyttet når det forekommer empati mellom to personer. Empatien bygger på en viss likhet i partenes erfaringsgrunnlag. Sykepleieren må ha opplevd en tilsvarende følelse, uten at vi nødvendigvis har vært i samme situasjon som pasienten. Ønsket om å forstå den andres opplevelse er en nødvendig forutsetning for empati.
- *Sympati*- er et resultat av den empatiske prosessen. Det er knyttet til ønske om å hjelpe pasienten. En er engasjert i han som person og vi bryr oss om hvordan han har det.
- *Etablering av gjensidig forståelse og kontakt*- dette skjer når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre ut ifra hans behov.

Det å *bruke seg selv terapeutisk*, er ifølge Travelbee når sykepleieren bruker sin personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. Man må være oppmerksom på at ens egen atferd innvirker på andre mennesker. En god sykepleier er til stede i situasjonen med hele seg og bruker seg selv som person (Travelbee 2005).

3. METODE

Metode kommer av det greske ordet *methodos* som betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Metoden sier noe om hvordan vi skal gå fram når vi skal samle inn opplysninger og hvordan vi kan analysere og tolke disse (Johannesen, Tufte og Kristoffersen 2006).

3.1 Kvalitativt forskningsintervju

I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode og der under kvalitativt forskningsintervju.

Kvalitativ metode forsøker å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kjennetegnes av å være subjektiv, gå i dybden, forsøker å få frem det særegne, den har fleksibilitet, nærhet til feltet, helhet og forståelse (Dalland 2000).

I følge Malterud (2006) bygger kvalitative metode på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de som er involvert. Vi kan bruke kvalitativ metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved å bruke kvalitativ metode vil vi finne *levende kunnskap*.

Olsson og Sørensen (2006) hevder at hensikten med et *hermeneutisk forskningsperspektiv* er nettopp å fange opplevelser og uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger. I fortolkningen prøver vi å komme til en dypere forståelse ved hjelp av ordene *hva, hvor, hvorfor, og hvordan*. Tenkning og forståelse kan ikke studeres isolert, det er alltid et menneske med bakgrunn og tidligere erfaring som tenker og forstår noe. I hermeneutisk forskning legger man vekt på å se helheten der meningsfullheten vokser frem av deler og helhet i personers livserfaring.

Malterud (2006) sier at et **kvalitativt forskningsintervju** er kunnskap fra samtaler mellom mennesker. Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være av stor betydning for resultatet av intervjuet. Det er spesielt viktig at forskeren forstår hva som skjer mellom intervjuer og informanten. I et kvalitativt intervju er

det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller å følge den slavisk. Intervjuguiden bør kunne endres underveis og eventuelt tilpasses en enkelte informant. Det er et mål å tilrettelegge for en samtale der det kvalitative blir hørt. Informantens ord gir kunnskap om egenskaper og kjennetegn ved det vi snakker om.

I en hvilken som helst studie er det avgjørende at kravene om *Reliabilitet (pålitelighet)* og *validitet (gyldighet)* oppfylles. Reliabilitet dreier seg om undersøkelsens data, hvilke data som samles inn, hva som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides. *Validitet* går ut på at en undersøger det en skal undersøke og ingen ting annet (Johannesen, Tufte og Kristoffersen, 2006).

3.2 Metodens positive og negative sider

Kvalitative forskningsintervjuer preges av fleksibilitet. Det er mulig å endre gjennomføringen underveis slik at problemstillingen blir bedre dekket. I kvalitative forskningsintervju er det et jeg-du-forhold der menneske møter menneske. Slik kan en få tak i det spesifikke og unike ved det informanten har å medbringe. En går i dybden hos hver deltaker. Intervjuguiden kan tilpasses slik at en får maksimalt "utbytte" av informanten. En kritikk til metoden er om spørsmålene kan bli ledende på grunn av forforståelse, men ved å stille åpne spørsmål kan en unngå dette. Åpne spørsmål kan også gi flere opplysninger ved at man får svar på tema man ikke har spurt om. Ved kvalitative forskningsintervju kan det forekomme feilkilder, ved for eksempel at det ikke alltid er lett å avgjøre hva informanten svarer på. Dessuten kan det stilles spørsmål om så få informanter kan representere gjennomsnittsholdninger og meninger hos folket (Olsson og Sørensen 2006).

3.3 Deltakere

I følge Malterud (2006) er et strategisk utvalg satt sammen slik at en kan forvente å få svar på valgt problemstilling. I vår studie intervjuet vi tre erfarne intensivsykepleiere på en hjerteovervåking. I og med at begge studenter arbeider på den avdelingen hvor vi ønsket å utføre intervjuene, hadde vi en formening om hvem som ville være gode informanter i vår

studie. Vi mente at informantene burde minst ha 5-10 års erfaring fra hjerteovervåkingen, fordi de da har erfaring fra den tiden da grundig informasjon til hjerteinfarktpasientene var en integrert del av sykepleien.

3.4 Praktisk gjennomføring og analyse av data

Vi tok kontakt med avdelingens ledelse både via telefon og et skriftelig informasjonsskriv. Vi presenterte vår planlagte studie og stilte spørsmål om tillatelse til å utføre studien i avdelingen, se vedlegg1. Deretter tok vi kontakt med de utvalgte intervju kandidatene via telefon og sendte deretter et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse, se vedlegg 2. Alle de utvalgte kandidatene sa ja til å delta i studien, og vi kunne avtale tid og sted for intervjuet. Det mest naturlig var at vi utførte intervjuene på avdelingen på et tidspunkt som var mest gunstig for deltakerne. Vi fant et passende rom på avdelingen som vi kunne benytte oss av. Vi synes det var viktig at intervjuene kunne foregå mest mulig uforstyrret og at informantene skulle føle seg vel under intervjuet. Vi kjøpte inn litt konfekt og passet på at informanten hadde noe å drikke. I følge Olsson og Sørensen (2006) er det viktig å skape et samarbeidsvillig klima og la informanten få føle seg viktig. Dessuten er det viktig å la informantene få snakke ut. Våre intervjuer ble tatt på båndspiller, og skrevet ordrett ned i etterkant (transkripsjon). For å kvalitetssikre transkripsjonen hørte vi gjennom opptakene flere ganger. Begge studenter deltok på intervjuene hvor den ene hadde fokus på den non-verbale kommunikasjonen til informanten. Vi valgte å utføre et intervju pr dag, slik at vi kunne konsentrere oss godt om hver enkelt deltaker.

3.5 Tidligere forskning

Vi fant fem forskningsartikler som vi har benyttet oss av i vår oppgave.

Mclean, S. & Timmins, F. (2007) An Exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology, *Nursing in Critical Care*, Vol 12 No 3. S. 141-150. Denne artikkelen omhandler en kvalitativ studie fra Scotland. Formålet med studien var utforske ektefellers erfaring av mottatt informasjon og hvilke

informasjonsbehov de hadde under pasientens opphold på en hjerteavdeling etter et akutt hjerteinfarkt.

Smith, J. & Liles, C. (2007) *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients*, Journal of Clinical Nursing Vol 16 no.4 s. 662-671.

Dette er en artikkel som er basert på en kvantitativ studie fra England. Formålet med studien var å utforske hjerteinfarktpasienters informasjonsbehov før hjemreise, og videre om det var noen tydelige forskjeller mellom ulike gruppene av hjerteinfarktpasienter.

Oterhals, K., Hanestad, B., Eide G. & Hanssen T. (2006) *The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*, European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 5 no 4 s. 303-310.

Denne artikkelen bygger på en kvantitativ studie fra Haukeland som hadde som mål å beskrive forholdet mellom mottatt informasjon og hvor fornøyde hjerteinfarktpasientene var med deres møte med helsevesenet. I tillegg var hensikten også å komme fram til områder med forbedringspotensiale.

Timmins, F. and Kaliszer, M. (2003) *Information needs of myocardial infarction patients*, European Journal of Cardiovascular Nursing. No 2 s. 57-65.

Denne artikkelen bygger på en kvantitativ studie fra Irland. Studiens hensikt var å utforske og undersøke pasienters informasjonsbehov etter deres første hjerteinfarkt. Data ble samlet inn ved å bruke et spørreskjema både rett etter hjerteinfarkt og seks uker etterpå. Både pasienter og sykepleiere deltok som informanter.

Wiles, R. and Kinmonth, A. (2001) *Patients understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence*, Patient Education and counseling nr 44, s. 161-169.

Denne artikkelen er basert på en kvalitativ studie fra Irland. Hensikten med studien var å se på sammenhengen mellom hjerteinfarktpasienters forståelse av deres tilstand og evne til livsstilsendring.

3.6 Litteratursøk

I vår oppgave har vi benyttet oss av litteratur fra vårt pensum og har i tillegg funnet en del litteratur ved å søke på Bibsys som er en fellesbase for høyskolebibliotekene i Norge. Forskningsartiklene fant vi i databasen Medline. Søkeordene var: Heart attack og patient education. Vi fikk 279 treff, og vi valgte ut fire artikler som vi synes var relevante for vår oppgave. Søkeordene heart attack, family and spouses ga oss 70 treff og vi valgte ut en som virket interessant.

3.7 Kildekritikk

I følge Dalland (2006) innebærer kildekritikk å vurdere og karakterisere den litteraturen en har funnet. Dette gjelder også andre kilder som er blitt benyttet i oppgaven. I vårt tilfelle vil det bety; våre informanter. De fleste bøker vi har benyttet oss av har vært yngre enn ti år gamle. Vi har brukt mye tid på å finne aktuell forskningslitteratur. De fleste artiklene måtte bestilles gjennom biblioteket på høyskolen. Vi var kritiske i utvelgelsen av artikler, og satte krav om at de skulle være av nyere dato, referivurderte og omhandle vårt utvalgte tema. Alle artiklene var engelske, og vi opplevde at det både var vanskelig og tidkrevende å oversette dem til norsk. I intervjuene opplevde vi at enkelte av informantene var litt nervøse, spesielt i forhold til båndopptakeren. Deres meninger og synspunkt var i noen tilfeller derfor vanskelig å forstå, og transkripsjonen ble veldig arbeidskrevende.

3.8 Etske aspekter

I medisinsk og helsefaglig forskning står Helsinkideklarasjonen sentralt.

Helsinkideklarasjonen er utarbeidet av Verdens legeforening og er en erklæring om etiske prinsipper til rettledning for leger og andre som utfører medisinsk forskning som omfatter mennesker (Malterud 2006).

I vår studie er det kravet om informert og frivillig samtykke og konfidensialitet og vern av personopplysninger det som gjør seg gjeldende. Informanten skal kjenne prosjektet godt nok til kunne avgjøre om han/hun ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke. Det må informeres

om hvordan data skal samles inn og hvordan de skal håndteres. Videre må informantene få vite at han/hun kan reservere seg når som helst under deltagelsen i studien. Forskeren må videre sørge for at informantene anonymiseres, slik at identifisering ikke er mulig.

I forskning på kollegaer må vi ta hensyn til at visse uttalelser lett kan identifisere informantene og sette hun/han i et dårlig lys. Vi har ingen rett til å krenke dem som har vist oss tillit og velvilje i forsknings navn (Malterud 2006).

I forhold til vår studie og vårt arbeid med informantene har vi fokusert mye på hvordan vi skulle klare å anonymisere deltakerne. Vi har derfor valgt å skrive alle utsagn fra informantene i bokmål, slik at spesielle dialektutsagn ikke kan komme til å identifisere de ulike informantene. Vi sier ingen ting om kjønn og alder på informantene av samme grunn. De ble som nevnt tidligere i oppgaven informert både skriftlig og muntlig angående studien før de svarte ja.

4. DRØFTING

I dette kapitlet vil vi drøfte innsamlede data i lys av problemstilling, begrepsmessig rammeverk, forskning og egne erfaring. På bakgrunn av innsamlede data kom aktuelle drøftningstema til syne, og vi presenterer disse funnene på følgende måte:

- Å vite eller ikke vite, hvor mottagelig er pasienten?
- Tid og kompetanse – viktige forutsetninger for å informere
- Kommunikasjon – å være sensitiv for pasientens behov og oppfattelse
- Informasjonens innhold og struktur

Vi har tre erfarne intensivsykepleiere som informanter i vår studie. På bakgrunn av anonymitet, har vi valgt å benevne dem som informant A, B og C, eller han/ham ved gjentakelser. Vi benevner også intensivsykepleier som sykepleier.

4.1 Å vite eller ikke vite, hvor mottagelig er pasienten?

For å kunne ivareta informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått akutt PCI er det av stor betydning at intensivsykepleiere vet hva dette behovet innebærer.

Alle våre informanter understreker at behovet for informasjon varierer fra pasient til pasient. Det kommer også frem av intervjuene, forskjeller i forhold til alder og hvor i livet de befinner seg, om de er yrkesaktive eller i en pensjonisttilværelse. Som informant B sa det: *"Du har den typen som skal tilbake til arbeidslivet med en gang, schmok schmok, ferdig med det dere ... trenger jeg å være sykemeldt, hvor lenge trenger jeg å være sykemeldt? Du har den typen der, men massen har behov for mer. Men jeg opplever jo at de ikke skjønner sitt behov før de kommer hjem. For det kan vi se på en del reinnelggelser, hvor de gir uttrykk for frykten som de har hatt, og usikkerheten på alle områder".*

I følge Mæland (2006) bør informasjonen som gis til hjerteinfarktpasienten bidra til at pasienten forstår utviklingen av sykdommen og stimulere til livsstilsendring slik at risikoen for tilbakefall reduseres jf. kapitel 2.4. Som vår informant B sa det: *"Men de må i alle fall se på hvorfor de har fått et infarkt da"* og viser her til at pasientene ofte er veldig kjekke etter å

ha gjennomgått en PCI sammenlignet med hvordan de var i forkant av behandlingen. *"Du føler du kaster malurt i begeret når du minner de om at det er et skritt tilbake av og til. For det må du faktisk gjøre".* "Kunnskap er makt" sier Mæland(2006) og legger til grunn at pasientinformasjon tar sikte på å redusere usikkerhet og uvisshet med sykdom, samt å skille mellom sykdomsmyter og fakta. Men ikke alle pasienter er like pågående etter informasjon, spesielt ikke den første tiden etter infarkt eller behandlingen de har fått. Mæland hevder at de fleste undersøkelser viser likevel at flertallet synes de får for lite informasjon på sykehuset. De fleste er for respektfulle til å plage leger og sykepleiere med for mange spørsmål og forsøker heller å innhente opplysninger fra andre, for eksempel medpasienter (Mæland 2006). Informant C sier at det er viktig å ta høyde for at pasientene kan være i sjokktilstand før hjemreise som gjør at de beskytter følelsene sine. De vil gjerne ikke ha så mye informasjon i det hele tatt, men informasjonsbehovet kommer gjerne bedre til syne når pasienten kommer på hjertekurs noen uker senere. Dette bekrefter teorien om at pasienten gjerne er i en sjokkfase like etter en akutt hendelse og benytter seg av psykologiske forsvarsmekanismer og dermed ikke er mottagelige for informasjon jf kapittel 2.4. Pårørende betraktes av våre informanter som en viktig medspiller her. Informant A sier: *"Men man må gå ut i fra at det er den som har vært gjennom dette her, som har blitt fløyet ned og som har fått et infarkt, som har mest utvidet pupiller. Da går det faktisk en stund før de rett og slett er mottagelige for informasjon som blir sittende(...) da er det en betryggelse å ha med en ektefelle eller en annen pårørende, datter eller sønn, som har fått den samme informasjon og som kan repetere det for den som egentlig eier kroppen, når de kommer hjem og har glemt det som ble sagt."* Det fremkommer i studien til Mclean og Timmins (2007) at de pårørende opplevde at den syke stolte mer på informasjon som ble gitt hvis pårørende også fikk den samme informasjonen.

Pårørende som viktig ressurs bekreftes også av Moesmand og Kjøllesdal (2007) som sier pasientens kapasitet til å forstå og nyttiggjøre seg informasjon påvirkes av reaksjoner forbundet med blant annet psykologisk stress og krise. Støtte fra pårørende kan være verdifull og gi styrke til å møte framtidige utfordringer og være medvirkende til at informasjon oppfattes jf kapittel 2.4.

I følge informant A er det ofte spørsmål om aktivitet, kan en leve som normalt og hvordan skal en forholde seg ved nye smerter igjen som opptar pasientene. I tillegg kommer praktiske

spørsmål om bilkjøring, lengde på sykemelding og andre jobbrelevante tema opp. Videre opplever informant A at det er viktig å poengtere at livet er ikke over, selv om et hjerteinfarkt har inntruffet. For selv om de ikke uttrykker det direkte, er det underforstått at mange har gått og tenkt på det. *”Yngre folk er ofte mer redde enn eldre folk synes jeg, men det er jo veldig individuelt det og. Det fins jo gamle folk som har dødsangst... men sånn som jeg kan komme på nå, så tror jeg nok at yngre folk lettere blir nervøse og redde, har mer angst i forhold til livet videre. Og det er jo helt naturlig. For jo yngre en er, jo mer forhåpentlig, har en igjen av livet”*. Informant A opplever at pasientene er mindre opptatt av livstilsspørsmål som omhandler kosthold og røyk. Studien til Timmins og Kaliszer (2003) viser at både pasienter og sykepleiere rangerte behovene for å vite hva en skal gjøre ved nye bryst smerter, symptomer på hjerteinfarkt, når en skal tilkalle lege og hvordan redusere sjansene for et nytt infarkt høyest. Dette siste motsier til en viss grad det vår informant sier om livstilsspørsmål. I følge studien til Oterhals og Hanestad (2006) hadde pasientene i deres undersøkelse behov for mer informasjon om medisiner og aktuelle fremtidige problemer. Undersøkelsen viste at desto mer informasjon pasientene mottok mens de var innlagt, jo bedre taklet de konsekvensene av sin sykdom etter utskrivelse. Videre viste undersøkelsen at selv om de eldste pasientene hadde mottatt minst informasjon før hjemreise, var det de yngste pasientene som savnet mest informasjon etter hjemkomst. Dette understreker noe av det vår informant B sier om alder: *”Eldre føler jeg at ikke bryr seg så mye (...) Eldre menn: De har fått hjerteinfarkt og så lever de med det. Eldre damer er mer opptatt av hva de har gått igjennom”*. Men i følge studien til Smith og Liles (2007) hadde eldre pasienter over 65 år et større informasjonsbehov, spesielt i forhold til sosiale rettigheter og kommunale tjenester. Ellers viste studien at informasjon om medisiner, aktivitet og eventuelle framtidige komplikasjoner kom høyt opp på listen hos de fleste uansett alder. Studien sier ingenting om hvor mye informasjon informantene i utgangspunktet hadde fått.

Oterhals og Hanestad (2006) hevder i sin artikkel at hver pasient er unik påvirket av tidligere erfaringer, oppfatninger, mestringsmekanismer, personlighet og tilgjengelig sosial støtte. Det er derfor nødvendig for helsepersonell å avdekke kjennetegn på engstelse, fornektelse, sinne og depresjon for å gi en individuell pasientinformasjon. Dette fører oss videre til Travelbees menneskesyn. Hun påpeker at hvert menneske har en individuell og personlig opplevelse av blant annet erfaringer som lidelse, sykdom og smerte. For å finne ut hvilke

informasjonsbehov pasienten har, må intensivsykepleiere bli kjent med pasienten, og mål og hensikt i denne sammenheng kan oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske forhold, jf kapittel 2.4 (Travelbee 2005).

Vår erfaring med pasienter som har vært til akutt PCI, er at de fleste er ganske kjekke og oppegående når de kommer tilbake til avdelingen. Vi opplever dem kanskje litt euforiske og preget av at de har vært gjennom mye på kort tid, og for noen en opplevelse av "å ha fått livet i gave". De er derfor ikke alltid så åpen for informasjon, og heller ikke ser sine informasjonsbehov. Men vi som sykepleiere benytter oss av vår fagkompetanse som sier noe om hva trenger å vite før de reiser hjem. Informant A sier at han pleier å si til pasientene en av de første dagene at de bør begynne å tenke på hva de trenger å vite før de reiser hjem. Han ønsker med den oppfordringen å få dem til å bli oppmerksomme på hvilke utfordringer som ligger foran dem, slik at aktuelle spørsmål dukker opp mens de er på sykehuset og ikke når de kommer hjem.

4.2 Tid og kompetanse - viktige forutsetninger for å informere

Informantene påpekte gjennom intervjuene flere forutsetninger som er nødvendige for å kunne gi aktuell og tilstrekkelig informasjon. Faktorer som kompetanse hos sykepleiere, pasientens mottagelighet, tid og bemanning, struktur og kontinuitet gjentok seg gjennom alle tre intervjuene. Mottagelighet er allerede diskutert i avsnittet over, men er et så viktig funn det at det blir med i den videre diskusjonen. I følge Mæland (2006) er pasientene ofte lite mottagelige den første tiden etter et hjerteinfarkt, og at en derfor må regne med å måtte gjenta informasjonen flere ganger. Han vektlegger også et undervisningsopplegg som gir anledning for individuell rådgivning av den enkelte. På den måten kan pasienten få informasjon om sin egen tilstand og svar på sine spørsmål. Dette er bare mulig om pasienten får tid til å komme med sine bekymringer. I dagens situasjon med økt pasientbelegg og knappe ressurser opplever informantene at dette er oppgaver som blir nedprioritert. Som informant A sier det: *"Informasjonsdekningen/informasjonsbehovet... den dekningen er veldig spordisk og veldig tilfeldig. Informasjon har tradisjonelt sett oftest vært gitt på ettermiddagene for det er da en har anledning til det. Og den som er alene sykepleier på*

ettermiddagen der ute, har ikke en sjanse når det er fullt. Det er helt umulig(...)da var en jo bare fornøyd med at en klarte å finne fram medisiner og få gitt de, og ivareta de helt nødvendige fysiologiske behov. Så det er for lite folk der ute på ettermiddagsvaktene spesielt, til å få ivaretatt noe informasjonsbehov, tror jeg". Dette bekrefter påstanden til Odland (2008) om at økonomi og budsjettbalanse har hovedfokus i dagens helsevesen, og forholdene ligger ikke til rette for at sykepleier kan gi helhetlig sykepleie jf kapittel 2.3.2. Travelbee (2005) hevder at sykepleiere skal lære den syke å kjenne for å kunne møte deres individuelle behov. Hvordan er dette mulig i dagens situasjon som preges av nedbemanning og produksjonstenkning? Alle våre informanter uttrykte i intervjuene at nedbemanning og økt pasientbelegg går på bekostning av informasjon og tid til denne pasientgruppen.

Som nevnt innledningsvis er kompetanse en viktig forutsetning for å kunne gi informasjon ifølge våre informanter. De uttrykker bekymring for at kompetanse og kunnskap om hjertesykdom og behandling ikke blir overført til nyansatte og stiller seg spørsmål om kvaliteten på informasjon som gis. Informant A uttrykker det slik: *"Du må ha tid til å informere. Den andre forutsetningen er at du har personal med kompetanse til å informere, fortrinnsvis spesialsykepleiere eller sykepleiere med relativ lang erfaring med hjertesykdom. (...) du skal vite en god del for å virke troverdig når du informerer, ikke sant?"* og påpeker videre at pasientene gjennomskuer en raskt om ikke kan svare på helt enkle spørsmål i en setting hvor informasjon gis. Det krever rutinert personale som har en del kunnskap og erfaring rundt tema generelt. Helseth og Nortvedt (2002) sier at sykepleiere må ha en god faglig basis slik at tillit mellom sykepleier og pasient kan bygges opp. Men tilliten er sårbar. Det kan være vanskelig å bygge opp et tillitsforhold, og det kan lett brytes ned. jf kapitel 2.2.

Det er også vår erfaring at det er vanskelig å informere og oppnå kontakt og tillit hos pasienten hvis vi mangler kunnskap og erfaring rundt tema. Det første stadiet i oppbyggingen av et tillitsforhold, vil være at pasienten har tiltro til oss som sykepleiere og at vi har nødvendig kompetanse og bruker den for å hjelpe. Men tillit er også noe vi må gjøre oss forkjent til ifølge Travelbee (2005). Vi ser det også som viktig å se sine egne begrensninger og eventuelt henvise til andre faggrupper og benytte seg av deres kompetanse. Dette er også noe som kommer fram hos våre informanter.

Kontinuitet var en forutsetning som våre informanter vektla sterkt for å kunne dekke et informasjonsbehov hos pasientene før hjemreise. I dette la de at det burde være mulighet

for å følge pasienten opp over flere dager/vakter for å sikre at de fikk et minimum av informasjon og at den ble riktig oppfattet av pasienten. Som informant B sier det: *"Jeg sitter allikevel og har noen enkelttilfeller i meg som har vært så kjekt! Der har du tatt fra a til å hvor de selv har hatt et sånn utrolig behov. Da har du gjerne holdt på den ene vekten og så neste vakt har du fortsatt, og du har fått litt kvalitet på det neste gang, og da er pasienten kommet litt videre i forhold til seg selv og sin opplevelse."* Mæland (2007) sier at varigheten av sykehusoppholdet etter et hjerteinfarkt er nå så kort at det vanskeliggjør en omfattende informasjon under oppholdet. I tillegg vil pasientens tilstand i denne fasen tilsa at han må ha gjentagelser på informasjon. Evnen til å ta inn og beholde informasjon kan være begrenset, men den er ikke lik null. Han sier videre pasientene bør derfor få et tilbud om oppfølgende informasjon etter utskrivelse. Dette bekreftes av informant C som påpeker at *hertekurset blir mer og mer viktig i og med at situasjonen er slik den er, både med travel avdeling, kort liggetid og at pasientene ikke alltid er like mottagelige. Men dette viser at kontinuitet ikke bare må gjelde innenfor sykehuset, men at pasientinformasjon må fortsette etter utskrivelse.

Undersøkelsen til Oterhals mfl. (2006) viser derimot at det ikke var forskjeller på mengde informasjon pasientene hadde mottatt i forhold til antall liggedøgn. Pasientene rapporterte ingen forskjeller i tilfredshet mht mengde informasjon, men de som hadde kortere liggetid savnet allikevel mest informasjon etter hjemkomst. Dette kan tyde på at informasjon var gitt på et tidspunkt der pasientene ikke evnet å ta i mot og bearbeide informasjon.

(* Hertekurs er tilbud til hertepasienter og deres pårørende. Det avholdes ca. 4 ganger i halvåret.)

4.3 Kommunikasjon – å være sensitiv for pasientens behov og oppfattelse

Informantene våre sier lite med rene ord om kommunikasjon gjennom intervjuene. Men vi oppfatter gjennom det de sier, at de bruker sin intuisjon og erfaring som grunnlag for å tolke det pasientene uttrykker. På den måten finner de ut hvor tilgjengelige de er for informasjon og hvilke individuelle behov de har, for eksempel i forhold til seksualitet. Informant B sier det sånn: *"Jeg synes det er sjelden de spør om det, men du merker jo en liten lettelse når du tar initiativ og snakker om det."* Informant A sier også noe om å oppfatte pasientenes redsel for å dø, uten at pasienten har uttrykt det verbalt. Han legger til grunn pasientens non-

verbale signaler for å møte pasienten på hans ståsted og på den måten kunne berolige og avdramatisere situasjonen. Travelbee (2005) vil her si at sykepleier bruker sine empatiske evner til å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som pasienten er i der og da. Og hun bruker sine spesifikke kommunikasjonsevner til å observere og tolke observasjoner, og tar deretter en beslutning om å handle eller ikke handle på basis av tolkninger og slutninger. Behovene blir ikke bare fastslått gjennom kommunikasjonsprosessen, men de blir også oppfylt jf kapittel 2.5. Dybwik (2006) hevder god kommunikasjon kan her bidra til å redusere stress i forbindelse med behandlingen pasienten her har vært igjennom og gi pasienten trygghet og veiledning. Gjennom det som informant A sier, oppfatter vi at han her bruker *hjelpende kommunikasjon* (Eide og Eide 2007) jf kapittel 2.2.1. Han lytter, observerer, fortolker verbale og nonverbale signaler fra pasienten og formidler informasjon som bidrar til å berolige og avdramatisere situasjonen.

Vi mener at kommunikasjonens betydning i forbindelse med informasjon kommer frem i studien til Wiles & Kinmonth (2001). Den sier at det er viktig at helsepersonell undersøker hvordan pasienten tolker det som blir sagt i forhold til deres hjerteinfarkt. Ut i fra studien blir det hevdet at pasientene har fordeler av å oppfatte hjerteinfarkt som et akutt symptom på en underliggende kronisk tilstand når livsstilsendring er i fokus. En del av deltakerne i studien hadde oppfattet informasjonen slik at de så på hjerteinfarkt som kun en akutt hendelse, og studien viste at dette ikke stimulerte til livsstilsendring. Dette understreker betydningen av å finne ut av hvordan mottaker oppfatter den informasjonen som blir gitt. Selv om informasjonen er gitt, er det ikke sikkert at budskapet blir oppfattet slik som ønsket sett ut i fra senders synspunkt. Her kan vi trekke inn pasientrettighetsloven § 3-5 annet ledd: *"Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene"* (Molven 2006). Informantene sier de forsøker å informere både skriftlig og muntlig, samt visuelt ved hjelp av en film. Men de påpeker her den muntlige delen som svært viktig for å understreke budskapet i all informasjon, for på den måten å avdekke eventuelle misforståelser, eller kunne svare på spørsmål pasientene har. Men de opplever begrensninger på grunn av at forutsetningene ikke alltid er tilstede jf 4.2. Informant B sier: *"Vi skulle hatt et samtalerom helt klart (...)og være litt mer beskyttet enn å være sammen med fem andre og bare ved sengen"*. Her tolker vi det slik at settingen

ikke alltid åpner opp for en god kommunikasjon som videre gir mulighet for at budskapet oppfattes riktig.

4.4 Informasjonens innhold og struktur

Våre informanter gir uttrykk for at struktur er nødvendig for å møte informasjonsbehovet til pasientene før hjemreise, og at innholdet må være av en viss kvalitet. De har nettopp vært igjennom en akutt hendelse og har fått en påminnelse om at livet er skjørt. PCI har bremsset omfanget av skaden, men den bakenforliggende årsaken er der jo fortsatt. Som nevnt tidligere er gjerne pasientene lite mottagelige, fordi de fortsatt er i en sjokktilstand. Informant A understreker at det er et minimum som pasientene må vite før de reiser hjem. Han sier: *” De må vite litt om de forskjellige punktene (...) medisiner og informasjon, om medikamenter og litt bivirkninger og konkret hva de skal gjøre..hva de kan gjøre når de kommer hjem og hva de ikke kan gjøre og sånt. Det er jo et minimum av det du bør vite (...) Konkrete ting”*.

I følge våre informanter etterspør pasientene helst informasjon relatert til nærmeste fremtid eksempelvis aktivitet, medisiner og jobb. Spørsmål om livsstil er gjerne ikke det første de tenker på. Våre informanter er intensivsykepleiere med mange års erfaring som har opparbeidet seg kunnskaper om hva pasientene trenger å vite før de reiser hjem, men understreker at det alltid må tas individuelle hensyn. Mæland (2006) skiller her mellom standardisert informasjon og individualisert informasjon jf.2.2. Å ha kunnskap om egen sykdom og tilstand kan bidra til redusert usikkerhet og uvisshet forbundet med sykdom. Han vektlegger at informasjonen som gis til pasientene må gi pasienten økt kunnskap om bakenforliggende årsakene til hjerteinfarkt. Dette kan hjelpe pasienten til å endre livsstil. Risikofaktorer som røyking, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, inaktivitet, overvekt og diabetes mellitus er faktorer som pasientene må bli informert om slik at de evner til å forstå at de må legge om vanene sine jf 2.2 og 2.4. I følge Mæland er det også viktig at pasientene får vite litt om behandlingen som tilbys. I dette tilfelle blir det PCI jf 2.4.1. og medisiner. Men som nevnt tidligere påpeker Mæland også at pasientene ofte er i en sjokktilstand og er lite mottagelige rett etter et hjerteinfarkt og at informasjonen derfor må gjentas, gjerne også etter sykehusoppholdet. Hvis pasientene er lite mottagelige mens de er på sykehuset, hvilken

informasjon skal da prioriteres? Her kommer informant A sitt synspunkt om et minimumskrav inn i bildet.

Timmins og Kaliszer (2003) hevder ut ifra sin studie informasjon som gis fra sykepleiere må inneholde det som sykepleierne vektlegger samt det som pasientene opplever som viktig. Det må være et kompromiss mellom sykepleierens viten om hva pasientene trenger av informasjon og pasientenes uttrykte spørsmål. Den bør altså skreddersys etter hver pasient, men målet må imidlertid være å finne en felles forståelse av hverandres oppfattelse av hva som er viktig. Det kan være områder som pasientene prioriterer lavt, som ifølge denne studien er fysisk aktivitet, men som i virkeligheten er av avgjørende betydning for helse og overlevelse. Det er nødvendig at pasientene gjøres oppmerksom på viktigheten av informasjonenes betydning for å motivere dem til å gjenvinne helse og forebygge fremtidige hendelser. Men studien har ingen tydelige anbefalinger om hvilket tidspunkt informasjonen bør gis, om det er i hovedsak på sykehuset, eller i etterkant av oppholdet.

Dette bekrefter det som våre informanter uttrykker. Informasjonen til pasienter som har gjennomgått akutt PCI må inneholde det som de av kunnskap og erfaring vet pasientene har behov for å vite, men også det som pasienten spesifikt vektlegger.

Et annet gjennomgangstema i forhold til informasjon hos informantene, var mangel på struktur. De henviste til tidligere praksis da alle hjerteinfarktpasienter ble grundig informert over flere dager. Pasientene lå lenger i avdelingen og det var en integrert del av rutinen i avdelingen, men noe av dette har endret seg pga blant annet nye behandlingsmetoder og kortere liggetid. Som en konsekvens av dette har informasjonsrutinene endret seg og informantene opplever at det ikke er tilstrekkelig for å dekke informasjonsbehovet til denne spesielle gruppen med pasienter. Det er her de mener struktur kommer inn og vil være en hjelp for å fange opp alle pasientene og sikre informasjonsbehovet. Oterhals mfl. (2006) sier i sin artikkel at på tross av kortere liggetid fikk pasienten samme informasjon og hevder at dette har sammenheng med at sykepleierne hadde sterkt fokus på å informere tidlig. De var seg bevisst at de hadde kort tid til rådighet. Dette viser at til tross for kort liggetid, kan det la seg gjennomføre, men at god struktur da vil være et hjelpemiddel i følge våre informanter. Informant B sier: *"Jeg savner, spesielt i dagens situasjon hvor vi har det så hektisk og travelt, litt mer struktur på dette. For det første skriftlig materiell (...) da kan de bla litt tilbake, sykepleierne kan gi det skriftlige materialet tidlig sånn at de kan lese litt på det underveis,*

sånn at sykepleierne kan ha en struktur på fremgangsmåten på et vis.(...) En type sjekklister som er oversiktlig". Informanten vektlegger videre samarbeid med legene om hva informasjonen skal inneholde (oppdatert informasjon), og foreslår informasjonsmapper som et av virkemidlene for å sikre at pasientene får nødvendige opplysninger. Informant C tror at felles informasjonsmøter et par ganger i uken er en god måte å fange opp flere pasienter på. Forutsetningen er at det settes av tid og ekstra bemanning.

I Travelbees ånd (2005) skal vi hjelpe pasienten til finne mening i de tiltak og instruksjoner som de bør følge for å bevare helsen og holde sykdommen under kontroll. For at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke til å finne mening er det nødvendig å etablere et godt forhold til vedkommende. Det er med et menneske-til-menneske forhold som kontekst at sykepleieren kan gå inn med den hjelp som trengs. Sykepleiere bør forsøke forutsi noen av de problemene pasienten kan møte på, og forberede vedkommende på hvordan de skal håndteres. I følge Travelbee kan bruk av gruppemøter være til hjelp for dem som har et langvarig helseproblem. Det primære målet med gruppene vil være å motivere og oppmuntre den syke til å mestre og løse de vanskene som kan komme til å dukke opp. Møtene kan også brukes til å formidle informasjon, og til å snakke om vanlige problemer og eventuelle løsninger på disse. Travelbee vektlegger det unike ved hvert menneske og at mennesker har individuelle behov jf kapittel 2.5, derfor må ikke gruppeundervisning/informasjon gå på bekostning av den individuelle informasjonen som pasientene er i behov av.

Vi oppfatter gjennom det som informantene sier, litteratur og nyere forskning at informasjon gitt i grupper må være et supplement, og ikke en erstatning for den individuelle informasjon og undervisning pasientene tilbys. Ved å tilby gruppeinformasjon alene, vil det i denne sammenheng bety et kompromiss mellom pasientens beste, som all litteratur sier bør være individualisert, og tilgjengelige ressurser. Hvordan kan sykepleier her fange opp pasientens oppfattelse av gitt informasjon og sin tilstand, jf kapittel 2.2 og 4.3? Holistisk tenkning i sykepleien, at vi tenker helhetlig, ser ut til å være god samfunnsøkonomi. Men ressursmessige rammer setter begrensninger i vår yrkesutøvelse jf kapittel 2.3. Gjennom det informantene sier og litteratur og forskning viser, kan vi våge å påstå at ved å dekke pasientenes individuelle informasjonsbehov, vil de ha bedre forutsetninger for å ta vare på seg selv og reinnleggelser kan unngås.

5. OPPSUMMERING

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått akutt PCI blir bedre ivaretatt?

Utgangspunktet vårt for valg av tema, var at vi i vårt arbeid erfarer at denne pasientgruppen ikke alltid får den informasjon som er nødvendig for å møte hverdagen etter utskrivelse. Vi ser at det er en utilfredsstillende situasjon både for pasient og sykepleier, og ønsket derfor å belyse hvordan vi bedre kan ivareta informasjonsbehovet hos denne pasientgruppen.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi funnet ut at informasjonsbehovene varierer og at pasientene i denne fasen ikke alltid er sine behov bevisst. Derfor må intensivsykepleier her bruke sine kunnskaper og erfaringer om hvilken informasjon pasienten trenger før hjemreise. Individuelle behov vil dukke opp og må tas med i betraktning.

Informasjonsbehovene varierer blant annet med alder og hvor i livet de befinner seg, og noen føler slett ikke behov for informasjon i det hele tatt. For sykepleier er det her nødvendig "å ta dem et skritt tilbake" for at de skal få behørig sykdomsinnsikt og forståelse av sin tilstand. "Kunnskap er makt" heter det og er spesielt viktig for å oppnå trygghet for pasienten etter hjemkomst. Men vi må ikke glemme at disse pasientene kan være i en sjokktilstand, og det kreves derfor gjentakelser av informasjon. Pårørende vil i denne sammenheng være en viktig ressurs som kan støtte pasienten og hjelpe ham til å huske. Pasientene vil gjerne vite noe om aktivitet, medisiner, sykemelding og andre praktiske forhold, samtidig ønsker de informasjon om hvordan de skal forholde seg til nye smerter. Enkelte studier påpeker at pasientene har fordeler av å se sitt hjerteinfarkt som et akutt symptom på underliggende sykdom (aterosklerose) og kan på den måten stimuleres til livsstilsendring. Men ut i fra våre informanter og egne erfaringer er pasientene gjerne ikke tilgjengelige i denne fasen for den type informasjon. Vi kan allikevel "så noen frø", for å bevisstgjøre dem og gjøre dem åpne for gjentakelser på et senere tidspunkt, for eksempel på et hjertekurs.

Visse forutsetninger må imidlertid være tilstede for å kunne gi god og tilstrekkelig informasjon. Kompetanse, tid og struktur, samt primærsykepleie er faktorer som letter informasjonsarbeidet hos intensivsykepleieren. Kunnskap om hjertesykdom må overføres til

nyansatte for på den måten å sikre at de har den nødvendige kompetanse for å informere hjertepasienten. Samarbeid med andre faggrupper, spesielt legene, kan bidra til at innholdet av informasjonen er aktuell og oppdatert. Sykepleierens troverdighet kan forspilles om kunnskap og kompetanse mangler, og pasienten kan miste tillit både til informasjonsinnholdet og sykepleierens evne til å hjelpe. Opplæring av personalet er derfor av stor betydning for å videreføre gode tradisjoner og rutiner som allerede eksisterer. Informasjonsarbeidet krever tid. På grunn av at tid er en mangelvare i en travel sykehusavdeling, kan god struktur være et hjelpemiddel til å sikre at pasienten får et minimum av informasjon før hjemreise. Kontinuitet i pleien bidrar til at sykepleieren blir bedre kjent med pasienten og lettere kan fange opp hvilke informasjonsbehov han har. Kontakt mellom sykepleier og pasient er grunnlaget for å utvikle et menneske til menneske forhold, hvor pasienten lettere kan komme med sine bekymringer og spørsmål. Det oppleves tilfredsstillende for sykepleier å få følge opp pasienten over flere vakter og på den måten "holde tråden" i informasjonsarbeidet. Kontinuitet er imidlertid ikke bare et gode innenfor sykehus, men også videre etter utskrivelse.

Sykepleierens evne til å kommunisere er betydningsfull for å fange opp og tolke pasientens signaler, for eksempel om tema som er sensitive eller vanskelige for pasienten å snakke om. Ved å bruke sin erfaring og intuisjon kan sykepleier tyde pasientens verbale og non - verbale kommunikasjon og møte pasienten der han er. Det åpner opp for at sykepleier kan ta opp tema som kan oppleves stressende eller sensitive for pasienten. Men det er også av stor betydning at den som informerer fanger opp hvordan budskapet oppfattes. Selv om informasjonen er gitt, er det ikke sikkert at den er forstått hos mottaker. Bruk av samtalerom kan bidra til at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient lettes og informasjonen kan skreddersys til den enkelte pasient.

Det kommer frem i arbeidet med oppgaven, som nevnt tidligere, at struktur kan være en god hjelp for å sikre at pasientene får den informasjonen de trenger. Bruk av sjekklister og informasjonsmapper nevnes som noen tiltak som kan bidra til å dekke et minimum av informasjon. Gruppeundervisning kan være et alternativ når det er knappe ressurser, men ideelt sett bør det være et tillegg, ikke en erstatning.

Informasjonen må inneholde det pasientene etterspør, men også det som intensivsykepleier vektlegger som nødvendig kunnskap. Intensivsykepleier kan sammen med pasienten forsøke å forutse noen av de utfordringene som kan oppstå og forberede vedkommende på hvordan de kan håndteres. Det kan også være nødvendig at de blir gjort oppmerksom på informasjonens betydning for fremtidig helsegevinst. En utfordring for intensivsykepleieren kan bli å finne en balansegang mellom å avdramatisere og å realitetsorientere. Målet må bli at pasienten opplever trygghet og har nødvendig kunnskap for å håndtere hverdagen etter utskrivelse.

LITTERATURLISTE

- Cullberg, J.(2003) **Dynamisk psykiatri i teori og praksis**, Oslo, Tano Aschehaug.
- Dalland, O. (2000) **Metode og oppgaveskriving for studenter**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) **Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk**. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS
- Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier**, vedtatt på NSFLIS's Generalforsamling 2.juni 2002.
- Grøthe, K. H. (2002) **Intensivpasienten**. I: *Møte mellom pasient og sykepleier*, red. Bjørk, I. T, Helseth, S. & Nortvedt, F. Oslo, s.157-172. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002) **Om tillit**. I: *Møte mellom pasient og sykepleier*, red. Bjørk, I. T, Helseth, S. & Nortvedt, F. Oslo, s.237-249. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996) **Metodevalg og metodebruk**, Otta, Tano AS.
- Johannesen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2006) **Samfunnsvitenskapelig metode**. Oslo, Abstrakt forlag.
- Malterud, K. (2003) **Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring**. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- McClean, S. & Timmins, F. (2007) *An Exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology*, Nursing in Critical Care, Vol 12 No 3. S. 141-150
- Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2005) **Å være akutt kritisk syk**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Molven, O. (2006) **Helse og jus** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Morton, Patricia Gonce (2005), **Critical care nursing : a holistic approach**, Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Mæland, J.G. (2006) **Helhetlig hjerterehabilitering**. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Odland, L.H. (2008) **Menneskesyn**. I: *Etikk i sykepleien*, red. Brinchmann, B. S. Oslo s.23 – 41, Gyldendal Norsk Forlag
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006) **Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

- 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. V. 5 nr 4 s. 303-310
- Otterstad, J. E. & Platou, E. S. & Mangscau, A. & Endresen, K. (2003) **Hjerteinfarkt, Diagnostikk og behandling**. Lysaker, Aventis Pharma AS.
- Persson, S. (2003) **Kardiologi - hjertsjukdomar hos vuxna**. Stig Persson och Studentlitteratur 5.opplag.
- Smith, J. og Liles, C. (2007) *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients*, Journal of Clinical Nursing V. 16 nr.4 s. 662-671.
- Stokland, O. (2005) **Kardiovaskulær intensivmedisin**. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- Stubberud, D. G. (2006) **Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder**. I *Intensivsykepleie*. Guldbrandsen, T. & Stubberud, D. G. Oslo, Akribe AS.
- Timmins, F. (2007) *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients*, Journal of Clinical Nursing V. 16 s. 662-671.
- Torjesen, L. (2001) Sammenhengen mellom informasjon og tilfredshet hos hjerteinfarktpasienter. *Hjerteforum 1/2001, vol-4*.
- Travelbee, J. (2005) **Mellommenneskelige forhold i sykepleie**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S.(2008) **Pedagogikk i sykepleiepraksis**. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wallentin, L. & Stenestrand, U.(2005) **Akut kranskarlssjukdom – introduktion och epidemiologi I: Akut kranskarlssjukdom**. Red. Wallentin, L. Stockholm, Liber AB.
- Wiles, R. and Kinmonth, A. (2001) *Patients understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence*, Patient Education and counseling nr 44, s. 161-169.

Vedlegg 1

Til seksjonsleder

Hjerteovervåkingen/Medisinsk intensiv

Haugesund sjukehus, Helse Fonna

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å UTFØRE PROSJEKT VED HJERTEOVERVÅKINGEN/MEDISINSK INTENSIV.

Prosjekt: Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt?

Vi søker herved om tillatelse til å utføre 3 kvalitative intervjuer med intensivsykepleiere. Vi ønsker å intervjuer intensivsykepleiere som har god erfaring, minimum 5 – 10 års erfaring ved Hjerteovervåkingen. Formålet med intervjuene er å øke vår kunnskap om valgt tema: *Gjennomgått akutt PCI og informasjon.*

Hvis positivt svar sender vi en forespørsel til aktuelle kandidater ved Hjerteovervåkingen. Vi har allerede valgt ut 3 intensivsykepleiere som vi mener vil være gode informanter for vår undersøkelse. Evt. ber vi deg om å være behjelpelig med å finne fram til aktuelle intensivsykepleiere som oppfyller kriteriene hvis utvalgte kandidater ikke gir samtykke.

Som metode har vi valgt kvalitativt forskningsintervju da vi mener denne metoden vil belyse vår problemstilling. Vi ønsker å bruke båndspiller under intervjuet, men all informasjon informantene bidrar med vil anonymiseres og båndet vil bli makulert etter at oppgaven er avsluttet. Informanter som sier seg villige til å delta, kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen. Vi planlegger å gjennomføre intervjuene i uke 2 og 3 i 2009.

Vi er to studenter som tar videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen Stord Haugesund. Denne fordypningsoppgaven er eksamen i sykepleie i et selvvalgt tema innen intensivsykepleie. Interessen for valgte tema kommer av at vi begge har vår faste stilling ved Hjerteovervåkingen og har sett behovet for å undersøke dette nærmere.

Vi håper på snarlig tilbakemelding.

Haugesund 07.01.09

Med vennlig hilsen

Intensivstudent HSH

Intensivstudent HSH

Vedlegg 2

FORSPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSEN:

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt?

Vi er to intensivstudenter ved høgskolen Stord/Haugesund som skal til å begynne på vår hovedoppgave med tema *Gjennomgått akutt PCI og informasjon*.

I den forbindelse vil vi spørre deg om du vil delta i en intervju-undersøkelse om hvordan intensivsykepleiere kan bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt? Vi ønsker å intervju tre intensivsykepleiere med minst 5-10 års erfaring fra Hjerterovervåkingen. Som metode har vi valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju, fordi vi mener at denne metoden er mest relevant i forhold til vår problemstilling. Gjennom intervjuet ønsker vi å øke vår kunnskap om valgt tema.

Alle opplysninger du medbringer vil bli anonymisert og makulert etter at oppgaven er ferdig. Deltagelse er selvsagt frivillig og du kan trekke deg fra undersøkelsen når som helst uten at det får konsekvenser for deg.

Intervjuene vil bli utført i uke 2 og uke 3 i 2009 og vil vare ca en time.

Vår veileder under hovedoppgaven er _____

Dersom du vil delta i undersøkelsen kan du levere vedlagt samtykkeerklæring til seksjonsleder _____

Seksjonsleder vil ta kontakt med oss som deretter vil ta kontakt med deg for avtale tid for intervju.

Med vennlig hilsen

Svarslipp:

Undersøkelse: Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt?

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og sier meg villig til å delta i undersøkelsen.

Dato:

Underskrift:

Intervjuguide

1. Kort presentasjon av oss selv og informanten
Et ledd i vår videreutdanning og en eksamensoppgave.
Vi jobber jo begge ved HO og ønsker å skrive om noe vi kjenner til og brenner for.
2. Repetisjon av problemstilling og bakgrunn for valg av tema

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter som har vært til akutt PCI blir bedre ivaretatt?

Ved HO møter vi jo daglig pasienter som har vært til akutt PCI av ST-elevasjons hjerteinfarkt. Vi opplever at disse pasientene kommer tilbake til vår avdeling etter 1-2 døgn med mange spørsmål og bekymringer. Pasientene ser ofte forbausende friske ut i forhold til hva de var ved akutt sending bare et par dager før. De har gjennomgått et hjerteinfarkt, men nærmest ingen kan se på dem hvor alvorlig syke de egentlig har vært.

3. Presisjon av anonymisering, taushetsplikt og muligheten for å trekke seg når som helst

Status nå

Hvordan opplever du som intensivsykepleier at informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått akutt PCI blir ivaretatt før hjemreise?

- Hvordan blir dette ivaretatt i forhold til tidligere praksis?
- (ressurser i avd., opplæring av nyansatte, oppdatert informasjon?)
- Hvordan gis informasjon? (muntlig, skriftlig, tilrettelegging)
- Hva med dokumentasjon?

Informasjonsbehov hos pasienten

Hva har du erfart at pasientene vektlegger i deres behov for informasjon?

- Er det aldersforskjeller?
- Forskjell mellom kvinner og menn?
- (kost, aktivitet, jobb, medisiner, seksualitet)

Ønskelig/målet

Hva mener du skal til for å bedre ivareta pasientens behov for informasjon?

- Kan en bruke sjekklister?
- Sette av tid?
- Tverrfaglig samarbeid?
- Skal pårørende inkluderes?
- Hjertekurs?