



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| Startdato: | 24-02-2020 09:00 | Termin: | 2020 VÅR |
| Sluttdato: | 22-04-2020 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 367

Informasjon fra deltaker

| | | | |
|--------------------------|-----------------|---|---|
| Tittel *: | Hjerte til sjel | | |
| Antall ord *: | 8893 | | |
| Engelsk tittel *: | Heart to soul | | |
| Egenerklæring *: | Ja | Inneholder besvarelsen konfidensiell materiale?: | Nei |
| | | | Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hjerte til sjel

Heart to soul

Kandidatnummer 367

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innleveringsdato: 06.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Hjerte til sjel

Bakgrunn: Hjerte- og karsykdommer er en av de vanligste årsakene til dødsfall i Norge. Likevel overlever de fleste et akutt hjerteinfarkt. Å oppleve et hjerteinfarkt kan i seg selv være skremmende og oppleves som en trussel for livet selv. Opplevelsen kan medføre store påkjenninger og konsekvenser for pasienten i etterkant. Hvordan sykepleier ivaretar hans psykososiale behov under innleggelsen i den stabile fasen kan ha en stor påvirkningskraft på hvordan han videre kommer til å mestre livet med sykdommen.

Hensikt: Å belyse faktorer som kan møte pasientens psykososiale behov under den stabile fasen etter et hjerteinfarkt, samt hva sykepleierens rolle er i forbindelse med disse faktorene.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. For å løse oppgaven vektlegges kvalitativ forskning.

Resultat: Pasienter vil i forbindelse med hjerteinfarkt oppleve en følelse av angst og utrygghet. Samtidig vil de være motiverte til å forbedre sin helse. Likevel kan det oppstå hindre som passivitet, avhengighet, tap av kontroll og mangel på informasjon. Ved å motivere til aktiv deltakelse samt styrke pasientens håp, gi trygghet og informasjon, kan pasienten oppleve en følelse av uavhengighet i avhengigheten. Det kan også bidra til å bli trygg på sine egne evner og få tilbake følelsen av kontroll. Pasienten vil ha behov for informasjon, hvor en personlig relasjon mellom sykepleier og pasient på individuelt nivå samt gode kommunikasjonsferdigheter viser seg å ha stor betydning. Forskning viser imidlertid at sykepleieren kan sette seg fast i et tanke sett som kanskje ikke er ideelt i øyeblikket med pasienten.

Konklusjon: Et hjerteinfarkt medfører store psykososiale påkjenninger, som vi har sett kan ha store konsekvenser for enkeltmenneskets liv. Betydningen av trygghet, betydningen av håp for sykdomsmestring, aktiv pasientdeltakelse samt viktigheten av å ivareta informasjonsbehovet kommer frem som vesentlige faktorer. Imidlertid viser resultatene at det kan oppstå utfordringer. Med dette bør det rettes økt oppmerksomhet mot å finne balansen mellom pasienten fysiske og psykiske behov.

Abstract

Title: Heart to soul

Background: Cardiovascular diseases are one of the most common causes of death in Norway. Yet most survive an acute myocardial infarction. Experiencing a heart attack itself can be a frightening experience and is perceived as a threat to life itself. The experience can lead to major stresses and consequences for the patient. Nursing care for the patient's psychosocial needs during this period can strongly affect how he will continue to cope with his illness.

Aim: To shed a light on the factors that can meet the patient's psychosocial needs during the stable phase after an acute myocardial infarction, as well as the nurse's role in relation to these factors.

Method: The thesis was undertaken by using a literature review study. Qualitative research is emphasized.

Results: Patients can experience feeling anxious and unsafe in relation to experiencing a heart attack. Yet, they can still be motivated to improve their health. However, obstacles like passivity, dependence, loss of control and lack of information can occur. Motivating the patients to participate, strengthening their hope and promoting safety and information, can result in some feeling of independency while in the state of dependence. It can also help them get confidence in their own ability and regain control. A personal connection with the individual patient and communication skills is shown to have a great influence in providing and fulfilling the patient's need for information. However, research shows that the nurse can «get stuck» in ways of thinking about the patient, which are not always appropriate to the moment.

Conclusion: Experiencing a heart attack causes great psychosocial stress, which is shown to have major consequences for the life of the individual. The importance of safety, hope for disease management, active patient participation and fulfilling the need for information, emerge as crucial factors. However, the results show that challenges can arise. Due to this, attention should be paid to finding the balance between the physical and mental needs of the patient.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| 1.0 | Innledning | 6 |
| 1.1 | Tema og bakgrunn for valg..... | 6 |
| 1.2 | Problemstilling..... | 7 |
| 1.3 | Presisering og avgrensning..... | 7 |
| 2.0 | Teori | 7 |
| 2.1 | Akutt koronarsyndrom | 7 |
| 2.2 | Hjerteinfarkt | 8 |
| 2.2.1 | Medisinsk behandling..... | 8 |
| 2.3 | Psykososiale behov..... | 9 |
| 2.4 | Psykososiale aspekt i forbindelse med hjerteinfarkt | 10 |
| 2.5 | Sykepleiefaglig perspektiv | 11 |
| 2.6 | Sykepleieteoretisk perspektiv | 12 |
| 3.0 | Metode | 13 |
| 3.1 | Litteraturstudie som metode | 13 |
| 3.2 | Kvalitativ metode..... | 13 |
| 3.3 | Litteratursøk | 13 |
| 3.3.1 | Søkehistorikk..... | 14 |
| 3.4 | Metodekritikk | 16 |
| 3.5 | Kildekritikk | 16 |
| 3.6 | Etiske overveielser..... | 17 |
| 4.0 | Resultater | 17 |
| 4.1 | Artikkel 1..... | 17 |
| 4.2 | Artikkel 2..... | 18 |
| 4.3 | Artikkel 3..... | 19 |
| 4.4 | Artikkel 4..... | 20 |
| 4.5 | Artikkel 5..... | 20 |
| 4.6 | Sammenfatning av resultater..... | 21 |
| 5.0 | Drøfting | 21 |
| 5.1 | Pasientens behov for trygghet | 22 |
| 5.2 | Betydningen av håp for pasientens sykdomsmestring..... | 25 |
| 5.3 | Betydningen av aktiv deltakelse..... | 26 |
| 5.4 | Pasientens informasjonsbehov og betydningen av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter | 29 |
| 6.0 | Konklusjon | 31 |
| 7.0 | Referanseliste | 32 |
| Vedlegg 1. | PICO | 37 |

| | | |
|------------|--|----|
| Vedlegg 2. | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 38 |
| Vedlegg 3. | Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie..... | 39 |

Oversikt over tabeller for søkestrategi:

Tabell nr. 1 – Artikkel 1

Tabell nr. 2 – Artikkel 2

Tabell nr. 3 – Artikkel 3

Tabell nr. 4 – Artikkel 4

Tabell nr. 5 – Artikkel 5

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for valg

Hjerte- og karsykdommer er den største årsaken til dødsfall på verdensbasis (World Health Organization, u. å.). Dette er også en av de vanligste dødsårsakene i Norge i dag. Sykepleiere vil møte på denne pasientgruppen både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 229). Årlig i Norge registreres det 10.000-15.000 tilfeller av hjerteinfarkt. Det er en alvorlig tilstand, men likevel overlever 90% et akutt hjerteinfarkt (Norsk helseinformatikk, 2018). Et hjerteinfarkt kommer brått for mange pasienter. De vil trenge tid til å avfinne seg med den ny-oppståtte situasjonen i deres liv. Hvordan sykepleieren ivaretar pasientens psykososiale behov er av stor betydning for hvordan han videre kommer til å håndtere livet med sykdommen (Ellingsen, 2016, s. 88-89). Ellingsen viser til flere kilder når hun skriver at pasienten kan oppleve en sterk følelse av utrygghet, angst og bekymring rundt døden. Pasienten kan også utvikle depresjon, noe som kan få negative konsekvenser tilknyttet livskvalitet og behandlingsresultat (Ellingsen, 2016, s. 63). Hjertesykdom er en av de somatiske sykdommene Helsedirektoratet nevner som kan knyttes til økt risiko for depresjon. Her kan viktigheten av mitt tema også belyses fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv, hvor det kan nevnes at anslåtte utgifter per år til behandling av depresjon i Norge er 1,5 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2009, s. 28 og 10).

Selv har jeg erfart i praksis hvor hektisk hverdagen kan være på hjerteovervåkingen/medisinsk intensivsenhet. Jeg opplevde at sykepleierne sine oppgaver hovedsakelig bestod i ivaretagelse av pasienters fysiske behov med bakgrunn i diagnose og innleggelsesårsak. Dette anser jeg som selvsagte oppgaver på en sykehusavdeling. Det er sentralt i sykepleien som fag, men sykepleiefaget handler om mer. Jeg opplevde flere pasienter som engstelige og bekymret, noe som vekket min interesse for temaet i denne oppgaven. Samtidig tenker jeg at følelser, tanker og spørsmål først dukker opp i den stabile fasen hvor pasienten er preget over den akutte hendelsen. Erfaringene vekket engasjementet rundt hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter på avdelinger preget av tidspress samt fokus på det kroppslige. Et hjerteinfarkt, innleggelse på sykehus og iverksatte tiltak kan være en skremmende opplevelse i enkeltmenneskets liv, og nettopp på grunn av dette trenger også mennesket bak diagnosen å bli sett og ivaretatt.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov etter gjennomgått hjerteinfarkt?»

1.3 Presisering og avgrensning

Oppgavens fokus er rettet mot ivaretagelse av psykososiale behov i den stabile fasen. Drøftingen vil hovedsakelig fokusere på fire tema: Pasientens behov for trygghet, betydningen av håp for sykdomsmestring, betydningen av aktiv deltakelse og pasientens informasjonsbehov samt betydningen av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter. Samtidig må det presiseres at den akutte fasens opplevelser og påkjenninger vil bli inkludert, da pasienten kan være preget av dette selv om det er over. Ifølge Ellingsen er pasienten innlagt i 3-5 dager ved et ukomplisert behandlingsforløp (Ellingsen, 2016, s. 85). Dermed er det viktig å være realistisk og kritisk til hvor mye man kan oppnå i løpet av den korte innleggelsesperioden. Alder på deltakere i inkluderte studier er ikke spesifisert. Det må dermed presiseres at forskjeller i utfordringer og behov ut fra aldersgruppe ikke vil tas i betraktning.

2.0 Teori

2.1 Akutt koronarsyndrom

Akutt koronarsyndrom er en betegnelse på alvorlige koronare arteriesykdommer som skyldes redusert blodtilførsel til hjertet. Risikofaktorer for å utvikle akutt koronarsykdom er hyperkolesterolemi, overvekt, diabetes, hypertensjon og røyking. Dette omtales som påvirkningsbare risikofaktorer. Belastninger som resulterer i stress kan også spille en rolle. Ikke-påvirkningsbare faktorer er familiær disposisjon, kjønn og alder. Akutt koronarsyndrom omfatter ustabil angina pectoris eller hjerteinfarkt (Løge og Swahn samt Reeder og Kennedy, referert i Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 242-243). Årsaken til den reduserte blodtilførselen er aterosklerotisk plakk i én eller flere koronararterier. Plakket vil gi en forsnævring i karlumen, og på denne måten redusere blodsirkulasjonen til hjertemuskelen (myokard). Dette vil føre til blodmangel (iskemi) og utilstrekkelig oksygentilførsel (hypoksi) i

hjertermuskelcellene (Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 242-243). Med bakgrunn i problemstillingen vil kun hjerteinfarkt bli omtalt videre i oppgaven.

2.2 Hjerteinfarkt

Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 243) viser til Persson og Stagmo samt Reeder og Kennedy når de skriver at hjerteinfarkt omfatter non-STEMI (uten elevasjon av ST-segmentet) og STEMI (med elevasjon av ST-segmentet). Ved non-STEMI er den iskemiske skaden tilstrekkelig til å produsere synlig skade i myokard med hjertemarkørstigning. STEMI karakteriseres derimot av iskemi og hypoksi i myokardets celler. Dette forårsakes av en okkluderende trombe i én eller flere koronararterier, og kan føre til nekroseutvikling i vevet grunnet akutt celledød av myokardcellene. Det vil på denne måten oppstå en irreversibel celledød i myokard dersom blodstrømmen ikke gjenopprettes.

2.2.1 Medisinsk behandling

Et hjerteinfarkt krever akutt behandling på sykehus. Målet er å bevare mest mulig av myokard, hvor rask bedømmelse, tidlig og riktig behandling er avgjørende for pasientens overlevelse. Med behandling bedres tilførselen av blod til de affiserte koronarkarene. Sirkulasjonen til myokard vil på denne måten gjenopprettes (Grenne og Løge, samt Wiseth referert i Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 245-246). Videre skriver Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 246) at behandlingen som åpner for blodstrømmen kalles reperfusjonsbehandling. Dette omfatter:

Trombolytisk behandling

Trombolytiske legemidler gis ved intravenøs infusjon og muliggjør reperfusjon ved å løse opp ferske tromber i koronararteriene. Målet er å bevare mest mulig av myokard ved at man reduserer den iskemiske skaden (Grenne og Løge, samt Windecker referert i Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 246). Komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med behandlingen er blødninger, blodtrykksfall, allergiske reaksjoner på legemidlet og feber (Grenne og Løge, samt Wiseth referert i Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 246). Pasienten må kontinuerlig overvåkes både under og etter behandlingen (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 246).

Perkutan koronar intervensjon (PCI)

Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 246) viser til Schueler mfl. når de skriver at en PCI-behandling innebærer utblokking av trange eller okkluderte koronararterier. Dette gjøres ved hjelp av et kateter konstruert med en ballong i tuppen. Ved å plassere kateteret i koronararterien og blåse opp ballongen, vil området bli utvidet og blodforsyningen normalisert. Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 246) viser videre til Johannessen og Swahn samt Persson og Stagmo, når de videre beskriver at innleggelse av en stent vil sørge for å hindre reokklusjon ved at den holder blodåren åpen. Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 247) viser til Rolley mfl. når de skriver at grunnet faren for reokklusjon, hjertearytmier og blødningsfare generelt og rundt innstikkstedet, bør pasienten observeres på en overvåkningsavdeling den første tiden etter behandlingen.

Bypassoperasjon

Ved en bypassoperasjon settes det inn en ny åre, enten i form av en protese eller ved å bruke pasientens egen vene, som gjør det mulig å transportere blod forbi det sklerotiske området (Flørnes mfl, Jacobsen mfl. samt Fowkes og Leng, referert av Landfald & Ytrehus, 2016, s. 284).

2.3 Psykososiale behov

Våre grunnleggende behov kan inndeles i psykososiale, åndelige, fysiske, og seksuelle behov. Behovene kan også beskrives som allmennmenneskelige eller universelle, og kan påvirkes ved helsesvikt og sykdom. De psykososiale behovene omfatter det som kan beskrives som menneskets sjeloliv. Dette innebærer menneskets psyke, det mentale eller sjelelige (Stubberud, 2016, s. 335). Psykososiale behov kan kategoriseres inn i en relasjonell og en emosjonell del. Den relasjonelle delen av pasientens psykososiale behov omfatter behovet for fellesskap. Det innebærer behov for støtte, sosial kontakt, et sosialt nettverk og en relasjon til andre mennesker som eksempelvis pårørende, men også sykepleiere. Den emosjonelle delen omhandler forholdet pasienten har til seg selv, omgivelsene og sin historie. Den innebefatter pasientens sykdomsopplevelse, følelser, opplevelser og reaksjoner (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, referert i Stubberud, 2016, s. 335). Stubberud viser til flere kilder når han beskriver at de psykososiale og de fysiske komponentene fungerer sammen som en helhet fordi de påvirker hverandre. Psykososiale behov blir påvirket av somatisk sykdom og omvendt (Stubberud, 2016, s. 336).

2.4 Psykososiale aspekt i forbindelse med hjerteinfarkt

Ved sykdom har de psykososiale behovene utgangspunkt i sykdomsopplevelsen, altså sykdom som opplevd fenomen (Stubberud, 2016, s. 335). For pasienten gir ikke et hjerteinfarkt kun fysiologiske konsekvenser, men også psykososiale. Akutt og/eller kritisk hjertesykdom, selve innleggelsen og opplevelsen av symptomene sykdommen medfører, kan medføre store psykososiale påkjenninger som utrygghet, angst og opplevd tap av kontroll. Videre vil dette kunne påvirke behovet for følelsesmessig støtte og sosial kontakt. Utfordringer som smerte, ubehag, tap og krenkelse kan gjøre mestringsveien krevende. Sjelslivet kan påvirkes av endringer i kroppen og ekstensielle spørsmål kan dukke opp, samtidig som livet kan oppleves meningsløst (Stubberud, 2016, s. 334 og 336-337). Stubberud viser til flere kilder når han skriver at svikt i vitale funksjoner vil oppleves truende for livet selv. Det inntreffer ofte uten forvarsel og kan skape dødsangst. Pasienten kan være bekymret for framtiden, yrkeslivet, familien og om han fortsatt kan leve livet som før (Stubberud, 2016, s. 338). Ifølge Helsedirektoratet (2009) kan depresjon være en direkte følge av somatisk sykdom, noe helsepersonell bør være oppmerksom på. Utfallet av akutt og kronisk somatisk sykdom kan påvirkes av depresjon, hvor det ved samtidig depresjon og hjerte- og karsykdommer er påvist økt funksjonstap og økt dødelighet. Depresjon kan forverre sykdomstilstanden, svekke etterlevelsen av behandling og rehabilitering, og kan dessuten knyttes til andre risikofaktorer som begrenset sosial støtte, usunt kosthold, lite fysisk aktivitet, røyking og bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2009, s. 26-28). Stubberud refererer til flere kilder når han skriver at undersøkelser, behandlingstiltak og prosedyrer kan være ubehagelige, smertefulle og skremmende, samtidig som de føles meningsløse og er belastende. Om pasienten i tillegg ikke har innsikt i situasjonen kan denne opplevelsen forsterkes (Stubberud, 2016, s. 337). Dersom pasienten opplever hans autonomi, verdighet og integritet truet eller redusert, kan han oppleve en følelse av avhumanisering. Manglende interesse i pasienten som person og et fokus primært rettet mot det fysiske, kan gi en følelse av objektivisering framfor å være et individuelt menneske (Stubberud, 2016, s. 339-340). Stubberud viser til flere kilder når han skriver at dersom pasienten opplever manglende omsorg, krenkelse av verdighet og manglende hensyn til ubehag og smerter, kan pasienten føle seg oversett, forlatt og usikker. Paradokset er at pasienten kontinuerlig blir overvåket, men ikke opplever følelsen av å bli sett. Dette kan forekomme dersom sykepleieren er mer opptatt av medisinsk og teknisk utstyr enn å spør pasienten hvordan han egentlig har det. Dette kan resultere i lidelse tilknyttet pasientens erfaring i relasjonen til sykepleieren. Pasienten kan oppleve å ikke få omsorg, selv

om han får behandling, noe som kan øke pasientens sårbarhet. Ved mangel på innsikt over situasjonen, kan pasienten også ha feilaktige forestillinger om sykdommen og om behandlingen (Stubberud, 2016, s. 338-340).

2.5 Sykepleiefaglig perspektiv

Ifølge rammeplanen for sykepleierutdannelsen, skal den nyutdannede sykepleieren ha handlingskompetansen som kreves for å utøve sentrale oppgaver i yrkesfunksjonen.

Kompetansen er i hovedsak rettet mot ivaretagelse av sykepleiefagets grunnleggende funksjoner og mot pasienter og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5).

Grunnleggende funksjonsområder knyttet til handlingskompetanse kan deles inn i funksjon, fokus og innhold (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde baserer seg på områder eller funksjoner som omfatter sykepleien som yrke. Følgende grunnlag og funksjonsområder kan identifiseres med utgangspunkt i rammeplanen:

1. Helsefremming og forebygging
2. Behandling, pleie og omsorg
3. Undervisning og veiledning
4. Yrkesetisk handling og holdning
5. Forskning, kvalitetssikring og fagutvikling
6. Lovverk og politikk, organisasjon og ledelse (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-7).

Sykepleiens fokus omhandler de områdene faget retter oppmerksomheten mot og som sykepleiere har kompetanse til å ivareta. Pasientens helse, mestring og livskvalitet er sentrale begreper i disse beskrivelsene. Et mål i seg selv er omsorg for mennesket, og utgangspunktet for sykepleiens fokus er pasientens reaksjoner på sin sykdom og ivaretagelse av grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). En sykepleier må dermed ikke utelukkende forklare en sykdom ut fra kjemiske og biologiske prosesser. Sykdommen må ses i sammenheng med pasientens livssituasjon (Stubberud, 2016, s. 335). Stubberud viser til flere kilder når han beskriver at det er i sykepleiens tradisjon å ha en helhetlig forståelse av mennesket som person. Kropp og sjel skal ikke skilles ved sykdom (Stubberud, 2016, s. 336). Sykepleier skal også ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere yte helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiens innhold baserer seg på fagkunnskap og verdier. Den teoretiske fagkunnskapen består av samfunnsvitenskap, naturvitenskap og humanistiske fag. Sykepleieutøvelse krever også evne til innlevelse og observasjon. En avgjørende faktor for pasientens opplevelse vil også være måten sykepleier utfører handlinger på. Å være sykepleier innebærer en forpliktelse til ivaretagelse av moralske idealer og verdier, som nestekjærlighet og barmhjertighet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16-17). Verdigrunnet er nedfelt i (Norsk Sykepleierforbund, 2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Ved hjertesykdom knyttes sykepleierens behandlende funksjon til sykdom og behandlingstiltak, samt de individuelle reaksjonene pasienten kan oppleve under forløpet. Sykepleieren skal også overvåke behandlingen pasienten får, og vurdere og evaluere om den er i samsvar med pasientens ressurser og behov. Behandlende funksjon omfatter også at sykepleier skal vær fortrolig med teknisk utstyr (Stubberud, 2016, s. 32-33).

2.6 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbees sykepleieteori er ansett som relevant for min problemstilling da den vektlegger begrep som mestring og håp samt viktigheten av relasjonen. Hennes sykepleiedefinisjon er følgende:

«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, 1999, s. 29).

Travelbees teori understreker viktigheten av samhandling, hvor kvaliteten på sykepleien er avhengig av sykepleierens kontakt med pasienten. Travelbee anser dette som en forutsetning for å kunne ivareta pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen, 2016, s. 22). Sykepleiens hensikt kan oppnås gjennom å etablere et «menneske-til-menneske-forhold». Et kjennetegn ved dette forholdet er at partene ikke betraktes som «sykepleier» og «pasient», men at de forholder seg til hverandre som menneskelige individer. Før en kan nå inn til hverandre som individer, kreves det at «sykepleier» og «pasient»-fasadene overskrides. En reell kontakt kan først oppstå når det enkelte individet opplever den andre som et menneske. Et skritt på veien mot et menneske-til-menneske-forhold kan være at sykepleier ved hvert møte med pasienten

bevisst går inn for å lære den syke å kjenne. På denne måten kan hun finne fram til hans behov og for så å ivareta dem. Slik har forholdet betydning i form av at det er virkemidlet som gjør det mulig for sykepleieren å utøve disse funksjonene (Travelbee, 1999, s. 41, og 171). Travelbee viser også til viktigheten av håp, hvor en grunnleggende antagelse er at den syke vil mestre sykdom og lidelse gjennom å oppleve håp (Travelbee, 1999, s. 117).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie er en metode hvor kunnskap fra skriftlige kilder systematiseres (Thidemann, 2015, s. 79). Metoden innebærer å søke systematisk etter litteratur i relevante databaser, som belyser temaene som inngår i problemstillingen. Funnene vurderes kritisk og kvalitetssikres, før man til slutt sammenfatter funnene (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

3.2 Kvalitativ metode

Denne litteraturstudien vil i stor grad bestå av kvalitativ forskning. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp opplevelser, gå inn i dybden og få opplysninger som ikke lar seg tallfeste. Forskeren samler data i direkte kontakt med feltet, hvor intervjuer er preget av ustrukturerte observasjoner og fleksibilitet. Det er ønsket å få frem det særegne og formidle forståelsen av dette (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.3 Litteratursøk

Søkeprosessen startet med å finne søkeord og synonymer til søkeord. Dette ble funnet gjennom pensumbøker, annen relevant litteratur og bruk av MeSH i databaser. PICO ble brukt i etterkant av bestemt problemstilling som et hjelpeverktøy for å få oversikt og presisering over søkeord i min søkeprosess (se [Vedlegg 1](#)). Inklusjon- og eksklusjonskriterier av artikler er utarbeidet i tabell (se [Vedlegg 2](#)). Følgende relevante databaser som ble benyttet i søket etter litteratur var Cinahl, Medline og Pubmed. Det ble tilstrebet å finne artikler fra de siste 5 år. Da jeg ved flere søk ikke lyktes i å finne nyere artikler av relevansen og spesifikasjonen jeg var ute etter, ble publiseringsdatoen utvidet.

3.3.1 Søkehistorikk

Søk 1:

Søk 1 i Cinahl gav 18 treff. Artikkel 1 ble vurdert som relevant fordi den viser pasientens perspektiv på opplevelsen av å ha akutt koronarsyndrom. Samtidig opplyser artikkelen viktigheten av at helsepersonell gjør seg kjent med pasientens syn og opplevelse av sykdommen.

Tabell nr. 1

| SØK I CINAHL 27.02.2020 - Artikkel 1 | | | | |
|--------------------------------------|--|---|----------|-------|
| Søk-nummer | Søkeord | Avgrensninger | Resultat | Valgt |
| S1 | Acute coronary syndrome AND experiences | Peer reviewed Publiseringsdato: 2010-2020 | 250 | |
| S2 | | Narrow by SubjectMajor: Acute coronary syndrome | 123 | |
| S3 | Psychosocial | | 274420 | |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 18 | 1 |

Søk 2:

Søk 2, også utført i Cinahl, gav 17 treff. Artikkel 2 er relevant da den viser en viktig faktor som bidrar til at pasienten mestrer pasientrollen og opplever personlig kontroll. Artikkelen viser viktigheten av å gjøre pasienten til en aktiv deltager og resultatet av dette. En svakhet for studiens relevans er at den omtaler kritisk syke pasienter på intensivavdelingen.

Artikkelen ble likevel inkludert da fokuset i oppgaven min er pasienter som har gjennomgått kritisk sykdom. Jeg mener studien er relevant for min problemstilling fordi pasienten fortsatt kan ha en følelse av sårbarhet og tap av kontroll selv om den kritiske fasen er over.

Tabell nr. 2

| Søk i CINAHL 27.02.2020 – Artikkel 2 | | | | |
|--------------------------------------|--|--|----------|-------|
| Søk-nummer | Søkeord | Avgrensninger | Resultat | Valgt |
| S1 | Patient autonomy AND intensive care | Peer reviewed Publiseringsdato: 2010-2020 | 123 | |
| S2 | | Narrow by SubjectMajor: patient autonomy | 17 | 1 |

Søk 3:

Søk 3 i Pubmed gav 3 treff. Artikkel 3 ble inkludert da den viser til faktorer som bidrar til god pasientopplæring og kommunikasjon i forbindelse med hjerteinfarkt, sett fra pasientperspektivet. Den ble inkludert da kommunikasjon ble ansett som en vesentlig faktor for problemstillingen.

Tabell nr. 3

| Søk i Pubmed 11.03.2020 - Artikkel 3 | | | | |
|---|--|---------------------------|-----------------|--------------|
| Søk-nummer | Søkeord | Avgrensinger | Resultat | Valgt |
| 1 | Patient education AND professional competence AND coronary disease | Publiseringsdato: 5 år | 3 | 1 |

Søk 4:

Søk 4 i Medline gav 68 treff. Artikkel 4 ble inkludert grunnet hensikten om å se nærmere på sykepleierens perspektiv og utfordringer ved å ivareta hele mennesket på en avdeling med kritisk syke pasienter og/eller pasienter som krever nøye overvåkning.

Tabell nr. 4

| Søk i Medline 12.03.2020 - Artikkel 4 | | | | |
|--|--------------------------------------|---|-----------------|--------------|
| Søk | Søkeord | Avgrensinger | Resultat | Valgt |
| S1 | Critical care OR intensive care | Peer reviewed Publiseringsdato: 2010-2020 | 197 224 | |
| S2 | Person centred care OR holistic* | | 17 993 | |
| S3 | Communication OR discourse AND nurs* | | 202 114 | |
| S1 AND S2 AND S3 | | | 68 | 1 |

Søk 5:

Søk 5 i Pubmed gav 10 treff. Artikkel 5, som er en systematisk oversikt, ble inkludert grunnet ønske om å se flere sider av hva som fremmer trygghet på en intensivavdeling. Da artikkelen omhandler faktorer for trygghet generelt på en intensivavdeling, er det enkeltstudier i den som blant annet omhandler post-operativ sykepleie, kritisk syke pasienter og pasienter med respirator. Oversiktsartikkelen viser likevel til faktorer fra flere enkeltstudier som kan ses i sammenheng med min problemstilling og ble derfor inkludert.

Tabell nr. 5

| Søk i Pubmed 12.03.2020 - Artikkel 5 | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------|----------|-------|
| Søk-nummer | Søkeord | Avgrensinger | Resultat | Valgt |
| 1 | Safety AND nurs* AND critical illness AND intensive care unit | | 236 | |
| 2 | | Humans | 221 | |
| 3 | | Systematic reviews | 10 | 1 |

3.4 Metodekritikk

En litteraturstudie innebærer å ta utgangspunkt i allerede eksisterende forskning (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Kritikk av litteraturstudie som metode kan derfor være at funn er preget av egen forståelse og tolkning av materialet. Det må nevnes at jeg ikke har erfaring med å skrive en litteraturstudie, noe som kan medføre konsekvenser for hvordan studien er utført. Litteraturstudien er også basert på mine egne valg av søkeord etter hva jeg i utgangspunktet valgte å inkludere i oppgaven. Grunnet studiens ordomfang samt tidsbegrensning, vil problemstillingen besvares ut fra kun deler av det store spekteret, hvor noen vesentlige ting blir inkludert, mens andre utelates.

3.5 Kildekritikk

Grunnet den spesielle situasjonen med Covid19 i Norge, har jeg ikke hatt tilgang til bibliotek, og har dermed hatt begrenset tilgang til litteratur. Grunnet dette er det til en viss grad vist til sekundærkilder, i tillegg til at noen benyttede bøker er av eldre dato. Inkluderte artikler er på engelsk. Dette kan være en svakhet fordi det kan oppstå misforståelser i min oversettelse og

tolkning av innholdet mot det forfatteren mente å belyse. For å kvalitetssikre kvalitativ forskning ble «sjekklister for kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2016) benyttet (se [Vedlegg 3](#) for et eksempel). Den systematiske oversiktsartikkelen ble kritisk vurdert ved gjennomgang av kriterier for en god systematisk oversiktsartikkel (Helsebiblioteket, 2016). Videre er artiklene kvalitetssikret ved at de følger IMRAD-struktur samt ved at tidsskriftene er fagfellevurdert i Norsk senter for forskningsdata (u. å.). Det ble tilstrebet å finne artikler fra de siste 5 år. To artikler som overskrider dette (6 år) er likevel inkludert da de ble ansett som relativt nye og såpass viktige for å belyse problemstillingen.

3.6 Etiske overveielser

I denne oppgaven vil det tilstrebes å legge frem funn og litteratur uten preg av mine egne synspunkt. For at både jeg og forfatterne skal unngå å ta æren for andres verk, vil mine egne vurderinger, funn fra forskning og annen litteratur, samt sekundærkilder tilstrebes å presenteres tydeligst mulig og med klare skiller. Dette vil formidles ved å overholde akademiske normer for kildehenvisning. Det er i denne oppgaven ikke gitt eksempler på pasienthistorier fra personlig grunnlag, kun anonymiserte erfaringer i løpet av min praksisperiode. Med unntak av den systematiske oversiktsartikkelen, er inkluderte studier godkjent av etisk komite, hvor deltakerne har blitt informert og gitt deres samtykke til å delta. Den systematiske oversiktsartikkelen ble inkludert da etiske overveielser ikke er oppført som et kriterium ved kvalitetssikring av systematiske oversikter (Helsebiblioteket, 2016).

4.0 Resultater

I dette kapitlet blir artiklene presentert med forfatternavn, publiseringsår, artikkelens tittel, hensikt, benyttet metode og gjengivelse av resultater. Til slutt gjengis det en kort sammenfatning av resultatene.

4.1 Artikkel 1

Forfattere: Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I. (2014).

Tittel: «*Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome*»

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske pasientenes opplevelser av hjerteinfarkt under sykehusoppholdet.

Metode: Studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse, hvor det ble tatt opptak av intervju. For å forstå og tyde pasientenes fortellinger, ble de analysert ved bruk av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. 12 deltakende pasienter ble valgt ut fra to hjerteavdelinger på et universitetssykehus i Sverige.

Resultat: Resultatene omhandler hovedsakelig to temaer. Det første handler opplevelsen av å håndtere den akutte overveldende fasen. Pasientene opplevde de livstruende symptomene med angst og frykt. Det andre temaet omhandler streben de opplevde etter en følelse av indre trygghet. Studien opplyser at pasientene brukte mye tid og energi på søken etter en forklaring på deres sykdom. Videre kom det frem at pasientene la vekt på å komme til en konklusjon på egenhånd. De hadde deres egen oppfatning av sykdommen, der de avklarte årsak og medfølgende effekt. Pasientene uttrykket bekymring og usikkerhet, men så likevel på situasjonen som en «ny sjanse til å starte livet på nytt».

4.2 Artikkel 2

Forfattere: Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015).

Tittel: «*A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care*»

Hensikt: Hensikten med denne studien var å opplyse om pasienters opplevelse av autonomi på en intensivavdeling.

Metode: Dette er en kvalitativ, fenomenologisk studie. Det ble gjennomført individuelle intervjuer av 11 pasienter som hadde vært innlagt på intensivheter i Sverige i to dager eller lenger.

Resultat: Pasientopplevelser av autonomi ble beskrevet som «en bane mot partnerskap i omsorg». Resultater viser at dette partnerskapet først og fremst starter med at pasienten erkjenner hans avhengighet, og ender med at han blir en medpartner i omsorgen. Funn viser at pasientene aksepterte å være avhengige. De var takknemlige og følte en sikkerhet ved at de kunne overlate «alt» til helsepersonell. Likevel verdsatt de at helsepersonell ivaretok og la merke til dem som individuelle mennesker og spurte om deres meninger. Ved at sykepleier motiverte til aktiv deltakelse, fikk pasienten en indre kraft til å bli bedre. Dette viste seg å være en viktig del av deres recovery.

4.3 Artikkel 3

Forfattere: Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K. & Steinsbekk, A. (2016).

Tittel: «What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease»

Hensikt: Studiens hensikt er å få frem hva pasienter med koronar hjertesykdom opplevde som god pasientundervisning etter å ha gjennomgått PCI.

Metode: En kvalitativ forskningsmetode med individuelle semistrukturerte intervjuer ble brukt i denne studien. 17 deltakere som hadde gjennomgått PCI ble valgt ut fra sykehus i Norge og på Island. Data ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensasjon. Det ble tidlig klart at tillitt spilte en stor rolle i intervjuene. Dermed ble et spørsmål om tillitt og hva som forbedret dette lagt til.

Resultat: Resultatene viser at pasienten ikke alltid vet hvilken informasjon han har behov for, samtidig som de ikke alltid er i stand til å stille spørsmål. Derfor ble det verdsatt at helsearbeideren tok initiativ til samtale, men også at hun var klar over hvilken kunnskap pasienten kan ha nytte av. Pasientene verdsatt at helsearbeideren vektla deres behov for informasjon etter deres individuelle behov og kontekst, samt bruk av hverdagslig språk. For å bygge tillit var pasientene avhengige av å oppfatte helsearbeideren som kunnskapsrik. En annen viktig faktor var at helsearbeideren kunne skape en personlig relasjon med den enkelte pasienten. På denne måten opplevde pasientene å bli behandlet som et helhetlig menneske med likeverd og respekt.

4.4 Artikkel 4

Forfattere: Mclean, C., Coombs, M. & Gobbi, M. (2016).

Tittel: «Talking about persons – Thinking about patients: An ethnographic study in critical care»

Hensikt: Det anses som upassende for sykepleiere å tenke eller å snakke om pasienter på en objektiverende måte. Likevel forekommer dette innen kritisk omsorg. Hensikten med studien er todelt. For det første ønsket forskerne å identifisere de forskjellige måtene sykepleiere i kritisk omsorg tenker og snakker om pasienter på. Den andre delen var å beskrive mønstre i sykepleiernes praksis som er assosiert med disse forskjellige måtene å tenke og å snakke på.

Metode: Dette er en kvalitativ, etnografisk studie. Forskerne samlet inn data ved intervju og observasjon av språk og atferd av sykepleiere innenfor en kritisk omsorgsenhet i Storbritannia over en periode på 8 måneder.

Resultat: Studien belyser at sykepleierne var i stand til å tenke på pasientene på kun en måte til enhver tid. Funn viser at sykepleierne hadde forskjellige praksismønstre forbundet med karakteristiske måter å tenke og snakke om, men også behandle pasientene på. Resultatene viser til flere kategorier, hvor de fleste hovedsakelig er kropps- og rutinefokuserte. Imidlertid viser resultatene at disse upersonlige atferdsmønstre er avgjørende for at å yte forsvarlig og effektiv sykepleie. Samtidig opplyses det at sykepleier kan miste fokus på «hele mennesket», slik artikkelen beskriver det.

4.5 Artikkel 5

Forfattere: Wassenaar, A., Schouten, J. & Schoonhoven, L. (2014).

Tittel: «Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review»

Hensikt: Hensikten med denne studien var å systemisk beskrive faktorer som fremmer pasientens opplevelse av trygghet på en intensivavdeling i forbindelse med kritisk sykdom.

Metode: Dette er en systematisk gjennomgang av totalt 11 studier, hvorav ni studier var av kvalitativt design og to studier var en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ design.

Resultat: Den viktigste trygghetsfremmende faktoren studien viser til, er sykepleierens omsorg. Her opplyses hennes personlige tilnærming, holdning, profesjonalitet, evne til å kommunisere og informere som viktige faktorer. Hvordan sykepleier forholdt seg til pasientens problemområde var også av betydningen for deres opplevelse av trygghet. Herunder opplyses deres psykososiale behov og tapet av kontroll. Resultatene viser også at tilstedeværelse av pårørende bedret pasientens livskvalitet. Sistnevnte tema omhandler viktigheten av tekniske hjelpemidler. Det opplyses at dette er en viktig faktor, men at pasienten samtidig kan oppfatte teknologien på en svingende måte.

4.6 Sammenfatning av resultater

Forskningsresultatene viser at hjerteinfarkt kan resultere i frykt og angst, hvor pasienten vil tilstrebe trygghet. Pasienten vil til tross for engstelsen kunne oppleve situasjonen som en ny sjanse og være motivert til å forhindre forverring av sykdommen. Pasientene kan i den sårbare perioden bli passive og godta at beslutninger tas for dem, men ønsker likevel å bli sett og hørt som unike mennesker. Sykepleierens motivering til aktiv pasientdeltakelse kan medføre styrke og tillit i egne evner. Pasienten vil i denne fasen også ha et sterkt informasjonsbehov. Pasienten vet nødvendigvis hvilken informasjon han har behov for, samtidig som han kan skape egne slutninger om sin sykdom. Informasjonsbehovet gjør at sykepleiers kompetanse, kommunikasjonsferdigheter samt etableringen av en personlig relasjon og er helt sentralt. Forskningen viser imidlertid at sykepleieren kan sette seg fast i kroppsfokusert rutinearbeid på bekostning av ivaretagelsen av hele mennesket.

5.0 Drøfting

Funn fra forskningsartiklene vil i dette kapitlet drøftes opp mot valgt teori samt egne vurderinger.

5.1 Pasientens behov for trygghet

Forskning viser at pasienter kan oppleve et overveldende behov for trygghet under innleggelse på en intensivavdeling (Hupcey, 2000, vist til i Wassenaar, Schouten & Schoonhoven (2014)). Videre viser forskning at pasienter med hjerteinfarkt prøver å håndtere den akutte overveldende fasen, samtidig som de er påvirket av den alvorlige sykdommen (Fors, Dudas & Ekman, 2014). Et helhetlig bilde av pasienten og hans behov, vil aldri oppnås ved ensidig fokus på diagnosen. For å forstå et menneske må man ha en helhetlig tilnærming. Dette innebærer å se på flere dimensjoner ved det å være et menneske. Det inkluderer både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Ingstad, 2013, s. 27). Imidlertid bemerker Moesmand & Kjøllesdal (2004, s. 25) at det i et høyteknologisk miljø er en stor utfordring for sykepleieren å ha pasienten i fokus som en unik person. Stubberud beskriver at medisinsk teknologi som gjør det mulig å monitorere, diagnostisere og behandle pasienten øker i bruk. Imidlertid har også medisinsk teknologi ulemper, da det kan medføre til at en betrakter pasienten som kun en kropp med prosesser og funksjoner. Med teknisk utstyr kan man observere målbare fysiologiske behov. Det kan dermed bli lagt mindre hensyn til psykososiale behov da de kan være mer utfordrende å se og å måle på denne måten (Stubberud, 2016, s. 32-33).

Et interessant funn i denne sammenheng kan ses fra sykepleiere sitt perspektiv på intensivavdelingen. Forskning viser at sykepleiere er i stand til å se på pasienten på kun én måte om gangen, hvor resultatene viser hovedvekt på det fysiske. Sykepleiere skal, slik studien beskriver det, ivareta hele mennesket. Samtidig opplyser studien at vesentlige og helt nødvendige funksjoner på en slik avdeling er å ivareta vitale funksjoner, som blant annet innebærer observasjon av teknisk utstyr og utføring av medisinske prosedyrer. Trygg praksis innen kritisk omsorg kan ofte føre til at sykepleierne «glemmer» å se pasienten. De må ta i bruk praksismønstre som kan være karakterisert som upersonlige (McLean, Coombs & Gobbi, 2016). For pasienten er hans situasjon helhetlig. Teknologi kan føre til at pasienten opplever å føle seg mer som et objekt enn som et helhetlig menneske. Følelsen av avhumanisering kan oppstå dersom sykepleier viser liten interesse i ham som person, hans ekstensielle behov og hvordan han egentlig har det, og retter mer fokus på observasjoner av apparater og medisinsk utstyr (Stubberud, 2016, s. 339-340). Dersom dette forekommer, vil pasientens menneskeverd og verdighet være truet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 133). Selv tenker jeg at dersom sykepleier skal yte forsvarlig helsehjelp, må hun være fokusert og

konsentrert under dette arbeidet. På den annen side kan pasienten føle seg avhumanisert på denne måten. Men er ikke disse oppgavene en helt avgjørende faktor, ikke bare for pasientens vitale organer, men også for pasientens trygghet?

Argumenter for dette kan belyses ut fra flere forskningsfunn i studien til Wassenaar et al. (2014), hvor det fremkommer at overvåkning er vesentlig for pasientens opplevelse av trygghet på en intensivavdeling (Hofhuis, Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker, 2008; Russel, 1999; Wong & Arthur, 2000). Pasientene beskrev hvordan de følte trygghet rundt vissheten om at sykepleierne var i nærheten, fulgte med og hadde alt under kontroll (Hupcey, 2000; Samuelson, 2011; Wåhlin, Ek & Idvall, 2006). Ifølge Lindberg, Sivberg, Willman & Fagerström, (2015), er utstyr av stor betydning for pasientopplevelsen av trygghet. Etersom pasienten ikke har personlig innflytelse over dette, er tillitt til personale grunnleggende (Lindberg et al., 2015). For at pasienten og hans pårørende skal oppleve trygghet, må de ha tillit til at sykepleieren behersker utstyret og at utstyret fungerer. Maskinene alene kan ikke gi trygghet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 128 og 133). Overvåkning av pasientens tilstand er et kompetanseområde når det gjelder å ivareta den akutt og/eller kritisk syke pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2019, s. 52). Hjertets funksjon er uforenelig knyttet til livet i seg selv. Dermed får også apparater knyttet til denne funksjonen stor oppmerksomhet blant pasienten og hans pårørende (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 126). Slik jeg ser det, har oppgavene som anses som kroppslige en sentral betydning for pasientens trygghet, da pasienten i utgangspunktet kan være engstelig nettopp på grunn av den vitale svikten i seg selv.

McLean et al. (2016) beskriver at sykepleiepraksis på en intensivavdeling krever at sykepleierne kan bevege seg mellom de forskjellige måtene ved sykepleieutøvelsen. Det fremkommer at erfarne sykepleiere mestret dette bedre enn de uerfarne. Mindre erfarne sykepleiere satt seg derimot fast i kun en av måtene å fokusere på pasienten på, som inkluderte et tankesett som kanskje ikke var ideelt i øyeblikket med pasienten. Samtidig viser Wassenaar et al. (2014) til Engstrom & Soderberg (2007) når de skriver at trygghet kan fremmes ved å føle varmen fra sykepleierens hånd og en rolig, betryggende stemme. Studien viser videre til Hofhuis et al. (2008) samt McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson (2002), når de skriver at sykepleier kan fremme trygghet med hennes personlige tilnærming, hvor positiv oppmerksomhet, sympati og støtte fremmet pasientens trygghetsfølelse. Ifølge Stubberud kan tiltak innebære å spørre hvordan pasienten har det eller

småprate om «alt og ingenting», samtidig som man for eksempel gir legemidler. Sykepleier kan innta en kroppsstilling som viser åpenhet, oppmerksomhet og interesse. Ved å ta seg tid og innta en åpen kroppsholdning som er vendt mot pasienten samt ha øyekontakt kan sykepleier vise pasienten oppmerksomhet (Stubberud, 2016, s. 376-377). Min vurdering fra nevnte tiltak Wassenaar et al. (2014) og Stubberud viser til, er at dette omfatter enkle verbale og non-verbale tiltak fra sykepleierens side, men som likevel kan ha stor betydning for pasienten. Ingstad belyser at helsevesenet stadig blir mer spesialisert og komplekst. Med dette er det viktig at helsearbeidere har evnen til å se hele personen, ikke kun diagnosen (Ingstad, 2013, s. 25). Dette kan også ses i lys av etiske teorier og prinsipper i faget, som nettopp har i oppgave å bevisstgjøre sykepleieren om de sentrale verdiene i faget. Slik kan sykepleieren også bli bedre i stand til å se når verdier ikke ivaretas og når omsorgen er krenkende (Nortvedt, 2016, s. 38). Sykepleie innebærer å sørge for at avstanden mellom teori og praksis er kortest mulig. Pendlingen mellom teori og praksis bør være en bevisst prosess, samtidig som den blir sett i sammenheng. Kjernen ligger i å finne en fleksibilitet og evne å bevege seg smidig mellom de ulike nivåene. Dette kan også ses ut fra utviklingen av klinisk skjønn, som nettopp består i å ha evnen til å definere situasjoner, tenke i sammenheng og mestre evnen til å bevege seg mellom ulike felt (Krogstad & Foss, 1997, s. 168-169). Utfordringen kan også belyses fra Moesmand & Kjøllesdal, hvor de skriver at det ikke er teknologien i seg selv som er problemet, men hvordan den brukes (2004, s. 188). Sykepleieren bør ha kompetanse i å se pasienten og å ha pasienten i fokus samtidig som hun administrerer teknisk utstyr eller prosedyrer (Stubberud, 2016, s. 376). Dette understøttes av Ingstad, som skriver at gevinsten med teknologi er at den fyller ett behov, men må anses som et supplement til pleie, da relasjoner til andre mennesker betyr mye (Ingstad, 2013, s. 225).

Wassenaar et al. (2014) viser til Engstrom & Soderberg (2007), McKinley et al. (2002), Samuelson (2011) samt Wåhlin et al. (2006) når de beskriver at pårørende er en viktig faktor for pasientens trygghet. Videre refereres det til Engstrom & Soderberg (2007) når Wassenaar et al. (2014) skriver at pårørende kan være en ressurs for å videreføre informasjon samtidig som de gir pasientene trøst. Pårørendes støtte var av stor betydning for intensivpasientene. De gav pasientene en følelse av å bli forstått og bekreftet, som igjen økte følelsen av sikkerhet og viljestyrke. Fravær av pårørende bidro imidlertid til ensomhet og økt frykt. I studien til Engstrom & Soderberg (2007) samt Wang, Zhang, Li & Wang (2009) fremkommer det at pårørende forbedret pasientens livskvalitet under innleggelsen. Ifølge Renolen trenger vi gjennom hele livet å ha andre å støtte oss til. Viktigheten av sosial støtte blir kanskje enda

tydeligere når helsen svikter og man er i en vanskelig situasjon (Renolen, 2015, s. 175). Her må taushetsplikten tas i betraktning, hvor inkludering av pårørende må gjøres med forbehold om samtykke til å gi informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 22).

I studien til Wassenaar et al. (2014) opplyses viktigheten av kommunikasjon og informasjon for pasientens trygghetsfølelse. Det fremkommer at håp og gjenvinning av kontroll er vesentlig for pasientens psykososiale behov relatert til trygghetsfølelse. Dette vil omtales i egne kapitler.

5.2 Betydningen av håp for pasientens sykdomsmestring

I studien til Forst et al. (2014) kommer det frem at pasientene med hjerteinfarkt, til tross for engstelse, opplevde situasjonen som en ny sjanse til å starte på nytt. De uttrykket motivasjon og at de nå hadde muligheten til å finne ut så mye de kan for å hindre forverring av deres tilstand, samt at de ville gjøre alt de kunne (Fors et al., 2014). Samtidig viser forskning at opprettholdelse av håp er en avgjørende faktor relatert til pasientens psykososiale behov (Hupcey, 2000, referert i Wassenaar et al., 2014). Sentrale mål i sykepleien som tjeneste er pasientens helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Sykepleier skal også ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, understøtte pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ivaretagelse av pasientens ekstensielle behov kan ha betydning for pasientens mestring av tilværelsen ved akutt hjertesykdom. Det omfatter blant annet mye av det som ligger til grunn for å ivareta pasientens psykososiale behov generelt. En viktig faktor i denne sammenheng er håp (Stubberud, 2016, s. 371; Renolen, 2015, s. 174). Samtidig kan opplevelsen av å være syk endres fra time til time, fra dag til dag, og skifte mellom håp og håpløshet (Stubberud, 2016, s. 336). Basert på dette samt funn, mener jeg at slike gode øyeblikk, med opplevelser rettet mot motivasjon og håp for framtiden er ressurser og bør fremmes, da de kan være forutsetninger for pasientens mestring. Ifølge Stubberud er valg forbundet med håp. Å inkludere pasienten der det er mulig, la ham ta valg og ha kontroll og styring i situasjonen, kan styrke pasientens opplevelse av håp (Stubberud, 2016, s. 371). Renolen viser til Gjengedal & Hanestad når hun skriver at håp er en vesentlig faktor for at mennesket skal kunne mestre. Pasienten vil med dette kunne få styrke og mot til å takle motgangen han opplever, samtidig som håpet vil mobilisere energi. Helbredelsesprosessen starter med håp,

hvor det er håpet som gir pasienten mening med å hente fram sine ressurser (Renolen, 2015, s. 174). Sykepleierens rolle i forbindelse med håp å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet, men hun kan ikke «gi» håp. Derimot kan hun tilrettelegge for at pasienten kan få en følelse av håp (Travelbee, 1999, s. 123-124). Håp kan formidles gjennom omsorg, vennlighet, ærlighet, hjelpsomhet, respekt, høflighet, samt gjennom å gi informasjon og ta seg tid til å snakke (Renolen, 2015, s. 174).

Wassenaar et al. (2014) viser til Hupcey (2000) når de skriver at familie og venner har stor påvirkningskraft på pasientens opplevelse av håp. Dette bekrefter Stubberud (2016, s. 381) ved at han skriver at pårørende kan fremme trygghet, støtte, veilede, oppmuntre, gi håp og hjelpe pasienten til å mestre hans hverdag med utfordringer og lidelse. Ifølge Travelbee er håp sterkt relatert til avhengighet av andre, hvor samarbeid og hjelp er nødvendig for den enkeltes overlevelse (Travelbee, 1999, s. 118). Samtidig opplyses det i hennes teori at det som skjer med den syke, også vil innvirke på de andre, hans familie. Måten familien reagerer i forbindelse med sykdommen, vil bli kommunisert med den syke. Dette kan ikke unngås (Travelbee, 1999, s. 259). Dette kan ses i lys av familiefokusert omsorg, som bygger på ideen om at pårørende er det viktigste aspektet for pasientens psykiske og fysiske helse, og som i sykepleien handler om å se på pasientens pårørende som en ressurs. Pårørende kan være den viktigste støtten for pasienten, men kan på den andre siden også være til psykisk og fysisk belastning for pasienten. Muligheten pårørende har for å være en ressurs for pasienten er avhengig av hvordan de selv mestrer situasjonen. Sykepleier må derfor vurdere hvordan de påvirker pasientens tilstand. Pårørende kan selv være preget av sorg, angst, frykt. De vil derfor ha behov for å bli sett og møtt med respekt, forståelse og omsorg. For at de skal være en ressurs for pasienten, vil de også ha behov for samarbeid fra helsepersonell, informasjon om tilstanden til pasienten, samt behandling og progresjon (Salminen-Tuomaala mfl. referert i Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 251; Mattila et al., Mitchell et al. samt Piper, referert i Stubberud, 2016, s. 382).

5.3 Betydningen av aktiv deltakelse

Wassenaar et al. (2014) viser til Hupcey (2000) når de skriver at flertallet av pasientene opplevde å miste kontroll, noe som medførte frustrasjon og utrygghet. Lindberg et al. (2015) viser at pasientene følte tap av kontroll til tross for informasjon og omsorg fra helsepersonell.

Grunnet mangel på erfaring med å ha opplevd kritisk sykdom, så vel som mangel på styrke, kan pasienten ofte ha begrenset interesse for å utøve autonomi. Pasienter med kritisk sykdom kan verdsette at andre tar beslutningene for dem og blir ofte passive, da de aksepterer helsepersonellens meninger og stoler på deres faglige kunnskap. For å håndtere deres sårbare tilstand, lærte pasientene å legge kontrollen til side. Samtidig viser studien at pasientene til tross for dette ønsket å bli spurt om sine meninger og føle seg sett og bekreftet som unike individer. Pasientene fikk en følelse av deltakelse da de ble lyttet til. De verdsatt å fritt kunne si hva de mener, at helsepersonell spurte dem spørsmål, hvordan de følte seg, hva de ønsket, om det er bra på denne måten eller bedre på den andre måten. De fikk på denne måten delta i beslutninger angående deres pleieomsorg. Helsepersonalets følsomhet samt at det alltid var rom for at de kunne si hva de tenkte, hjalp pasientene til å bygge mot til å uttrykke ønsker. De følte en tillitt til personale, men det faktum at personale også hadde tillitt til dem og oppmuntret til at de skulle være deltakende i omsorgen, gav dem styrke og motivasjon (Lindberg et al., 2015). For å prøve å forstå pasientens opplevelse av situasjonen, er det viktig at helsepersonell kan møte pasienten som et enkeltindivid (Ingstad, 2013, s. 28). Mennesker er født med ulik «bagasje». En må derfor ta utgangspunkt i at medvirkning skal brukes med bakgrunn i den enkeltes situasjon og behov (Vatne, 1998, s. 23). Å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger er også en plikt for alle som arbeider i helsetjenesten. Med dette har vi en plikt til å se pasientens helhetlige situasjon samt se utover egne faglige rammer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51). Samtidig opplyser Vatne at overveielser om individuell frihet skal balanseres med trygghet og sikkerhet. Omsorgen som gis skal være basert på faglig kunnskap. Det er dette det etiske ansvaret innebærer (Vatne, 1998, s. 25). I dette verdigrunnet må det også forutsettes at pasienten har kompetanse til og et ønske om å gjøre sine egne valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51).

Videre uttalte pasientene at deres aktive rolle under sykehusinnleggelsen var viktig for at de ikke skulle akseptere passivt og forbli passive. Deltakende aspekt var ifølge pasientene avgjørende for deres recovery, da oppmuntring og motivasjon gav pasientene tillit til sine egne evner. Pasientene opplevde på denne måten uavhengighet i deres opplevde avhengighet, noe som styrket deres mestringsevne og motivasjon til å ta ledelsen over eget liv (Lindberg et al., 2015). I dagens helsevesen skal pasienter bli møtt med et helhetlig menneskesyn. De fleste mennesker i vår kultur har stor grad av kontroll over sine liv, men med sykdom kan pasienten oppleve en følelse av å miste dette. I møte med helsetjenesten kan mange befinne seg i et spenningsfelt mellom opplevelsen av avhengighet og sårbarhet, og det å utøve autonomi, altså

ha muligheten til å ivareta sine interesser. Det skal på bakgrunn av dette legges til grunn at pasienten skal ha muligheter for utvikling og vekst, også ved helsesvikt. Dermed er det viktig å møte pasienten med respekt og ivareta hans integritet, hvor et vesentlig element er retten til medvirkning og medbestemmelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51; Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 103). Myndiggjøring og mestring av positive gjøremål vil virke inn på pasientens velvære og helse, samtidig som det vil redusere opplevelsen av angst og gi en opplevelse av kontroll. Nødvendige faktorer for dette er samarbeid og maktoverføring (Wallerstein & Bernstein referert i Ingstad, 2013, s. 175; Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 104). Ingstad viser til Askheim når hun skriver pasienter ikke skal betraktes som passive tjenestemottakere, men ses på som kompetente borgere. Følgende refereres:

Personer eller grupper som befinner seg i en avmaktssituasjon, skal gis mulighet til å opparbeide seg styrke og kraft nok til å komme seg ut av avmakten». Sykepleierrollen vil på denne måten primært bli en motivator, tilrettelegger, rådgiver og veileder (Askheim, referert i Ingstad, 2013, s. 146 og 174-175).

Å fremme utvikling av personlige ferdigheter og kompetanse er prosesser som inngår i helsefremmende arbeid, som også er en av sykepleierens funksjonsområder (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 18; WHO, 1986). Til tross for at dette er et sentralt funksjonsområde, viser Wisløffutvalget (referert i at Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51) at mangel på samhandling skyldes for liten oppmerksomhet på nettopp dette perspektivet. Dette samstemmer med at Vatne skriver at hindringer for medvirkning også kan ligge hos personale. Dette kan forekomme ved at personale ikke har tenkt på at pasienten kan delta. Hjelperen kan med dette unnlate å gå i dialog med pasienten, og på denne måten bli handlingsaktiv på pasientens vegne. Gjensidig utveksling av informasjon er vesentlig for at brukeren skal få styre sitt liv. Dette er også utgangspunktet for brukermedvirkning når det gjelder pasienter med somatiske lidelser. Hjelperen må tilrettelegge for medvirkning, noe som gjøres gjennom å etablere dialoger. Personalet har i kraft av sin stilling ansvar for å åpne for dette (Vatne, 1998, s. 80 og 83-84).

5.4 Pasientens informasjonsbehov og betydningen av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter

I studien til Svavarsdóttir, Sigurdardóttir & Steinsbekk (2016) kommer det frem at pasienter har ulike behov for informasjon i forbindelse med hjerteinfarkt. Samtidig opplyses det at et fellestema som gjaldt dem alle var behovet for mer individualisert informasjon. Hoved-emnet de ønsket mer individualisert informasjon om var deres behandlingsforløp, inkludert hva som hadde skjedd og hvorfor det hadde skjedd. Viktige faktorer er at sykepleier har evnen til å gi informasjonen på en forståelig, individuell måte. For å gi individualisert informasjon er det essensielt fange opp pasientens behov for informasjon, hva han vet fra før og hvilken interesse og motivasjon han har. Det opplyses også at noen pasienter ikke vet hvilken informasjon de har behov for. De er heller ikke alltid i stand til å stille spørsmål. Pasienten setter derfor pris på at helsepersonell er bevisst på hvilken type informasjon den enkelte pasient kan ha behov for, og at helsepersonell selv tar initiativ til å inkludere den relevante informasjonen og åpne for pasientens søk etter mer kunnskap. Videre viser studien at det er viktig for pasienten at helsepersonell også inkluderer pårørende i det store bildet (Svavarsdóttir et al., 2016). Pasienten kan oppleve trygghet i forbindelse med kunnskap. «Å vite hva som skjer med dem», slik studien beskriver det, kan hjelpe dem med å komme seg gjennom opplevelsen (Hupcey, 2000, referert i Wassenaar et al., 2014). Sykepleiers funksjonsområde «undervisning og veiledning» er rettet mot pasienter og deres pårørende, og knyttes til å bidra til å møte behovet for forståelse og kunnskap. Det innebærer å bidra til utvikling, læring og mestring (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19). Ifølge Moesmand & Kjøllesdal er det for pasienten på en intensivavdeling og hans pårørende av stor betydning at sykepleier setter fokus på å hjelpe dem med å forstå det som skjer. De kan på denne måten også oppleve en følelse av deltakelse i situasjonen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 136). Pasienten trenger kunnskap om sin situasjon for å kunne påvirke den positivt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 104). Pasienten har også i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-2, 1999) rett til informasjon angående innholdet i gitt helsehjelp.

I studien til Fors et al. (2014) kommer det frem at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt bruker mye tid og energi på søken etter en forklaring på deres sykdom. I streben etter en indre trygghet kan pasienten skape en egen tolkning om sin sykdom. Disse følelsene kan forekomme på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet og forbli under sykehusoppholdet, men kan også kan vedvare lenger. I studien foreslås det derfor at helsepersonell systematisk

vurderer pasientens opplevelse og syn på sin sykdom, noe som også kan styrke samhandlingen mellom helsepersonell og pasient. De fleste pasienter følte en god hjelp ville vært å få en forklaring, noe å «legge skylden på», selv om det var dem selv. En pasient uttrykker at han ikke kan legge skylden på noen andre enn seg selv, at det er hans feil og ingen andres. Faktorer pasientene selv kom frem til var stress, overvekt, røyking, dårlig helse og genetiske årsaker (Fors et al., 2014). Selv mener jeg det er en selvfølge at pasienten trenger denne formen for kognitiv evaluering av seg selv og sin situasjon. På den annen side ser jeg ut fra funn at flere av nevnte faktorer kan rette pasienten mot å skamme seg over seg selv og sine valg, noe jeg tenker er uheldig for hans psykiske helse. Ifølge Harris & Ursin (2018, s. 225) kan skyldfølelse spille en rolle i utviklingen av depresjon. En studie fra et helsefaglig perspektiv, også belyst av Svavarsdóttir, Sigurdardóttir & Steinsbekk (2016) kan understøtte dette argumentet, hvor en sykepleier uttrykket at det er viktig å møte pasienten der han er, men samtidig sørge for at han ikke opprettholder en skadelig atferd. Ifølge Stubberud kan informasjon dempe angsten for det ukjente, samtidig som det kan avdramatisere forestillinger pasienten kan ha om sin situasjon (Stubberud, 2016, s. 357).

Videre viser Svavarsdóttir et al. (2016) til viktigheten av å ha en personlig relasjon til helsearbeideren, da dette sammen med deres kompetanse, styrket deres tillit til dem. Tillit kom frem som en viktig faktor for at pasientene skulle stole på helsepersonell og følge deres råd. En viktig faktor var også at helsepersonalet skulle se sykdommens effekt på pasientens liv, med tanke på psykisk og fysisk velvære. Pasientene verdsatt en dagligdags prat uten tilknytning til deres sykdom, noe som ble ansett som en del av relasjonsbyggingen til helsepersonalet. Pasientene følte også at de ville vært mer avslappet og mer mottakelige for informasjon når de følte helsepersonell virkelig var til stede, hadde tid, viste interesse for å vite hva pasienten har vært gjennom og behandlet dem med respekt og likeverdighet. Dette var viktig da det bidro til at de var mer komfortable til å stille spørsmål og til uttrykke seg fritt under samhandlingen med helsepersonellet (Svavarsdóttir et al., 2016). Dette er i samsvar med grunnverdiene i sykepleien, som handler om å vise interesse og respekt for pasienten som et menneske (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 23). Hvordan pasientene opplever sin situasjon er forskjellig. Dette har sammenheng med deres individuelle, psykososiale reaksjoner på opplevelsen (Stubberud, 2016, s. 336). Om sykepleier skal møte pasientens psykososiale reaksjoner og behov er det viktig at hun skaffer mest mulig kunnskap og informasjon om hva som er viktig for pasienten (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 36). Som tidligere beskrevet under dette emnet har pasienten et sterkt

behov for informasjon, men samtidig viser funnene at han har behov for å bli sett og lyttet til. En viktig faktor fra disse funnene er at sykepleier skal se hvordan sykdommen påvirker pasienten, ikke bare fysisk men også psykisk. Som tidligere nevnt skriver Stubberud at pasienten også kan ha ekstensielle spørsmål, samtidig som en utfordring kan være at de ekstensielle behovene blir oversett (Stubberud, 2016, s. 336 og 340). En god og tillitsfull relasjon vil gi det beste grunnlaget for å kunne kommunisere om også ekstensielle forhold (Giske & Cone, 2019, s. 57). Å bli kjent med pasienten som menneske vil bidra til å ivareta pasientens behov, men også til å etablere menneske-til-menneske-forholdet og dermed oppnå sykepleiens hensikt og mål. All interaksjon med pasienten vil gi sykepleieren anledning til dette (Travelbee, 1999, s. 135). Slik jeg tolker dette, anser jeg på bakgrunn av Travelbee sin teori at relasjonen kan være en forutsetning for at sykepleier skal komme i posisjon til å gi pasienten informasjon om sin sykdom, men også til å åpne for og skape trygge rammer for pasientens ekstensielle spørsmål, og slik Travelbee skriver det, oppnå sykepleiens mål og hensikt.

6.0 Konklusjon

Tidspress kan resultere i høyt fokus på pasienten fysiske behov og dermed mindre på de psykososiale. Et hjerteinfarkt medfører store psykososiale påkjenninger, som vi har sett kan ha store konsekvenser for et menneskes liv, også på veien videre. Besvarelsen på problemstillingen innebærer flere faktorer som henger sammen. Det første skrittet kan starte med at sykepleier er et menneske i gjengjeld. Resultatene viser at det kan oppstå utfordringer i praksis. Min vurdering er at det bør rettes økt fokus på å finne denne balansen; hvordan sykepleie kan utøves når pasienten har et sårt behov for ivaretagelsen av et vitalt organ, men også hans sjeleliv. Sykepleierens positive tilnærming og støtte, samt enkle verbale og non-verbale tiltak kan ha stor betydning for pasientens følelse av å bli sett og hørt. En ser også at pårørende kan være en viktig ressurs for pasientens psykososiale behov. Sykepleier bør bevisst rette oppmerksomheten mot disse faktorene samt lære å kjenne den individuelle pasienten, styrke hans ressurser og motivere ham i en positiv retning. Følelsen av uavhengighet i avhengigheten viser seg å ha stor betydning for pasientens sykdomsmestring. Sykepleier bør derfor fremme hans følelse av kontroll og tillit i egne evner, noe resultater viser kan gjøres ved oppmuntring og støtte til deltakelse. Dette er prosesser som kan starte med å fremme trygghet i redselen, gi informasjon i uvitenheten og fremme håp når det trengs aller mest.

7.0 Referanseliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, T. L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Engström, Å. & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 59(6), 569–576. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2007.04336.x>
- Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards - Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket*. Oslo: Samlaget.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 221-236). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Systematisk oversikt. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær -og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/depresjon-nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primaer-og-spesialisthelsetjenesten?lenkedetaljer=vis>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, 19. juni). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725

Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(5), 300–313. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.03.004>

Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361–367. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling-en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krogstad, U. & Foss, C. (1997). *Det handler om å kunne snu seg*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Landfald, G. & Ytrehus, S. (2016). Sykepleie ved svikt i blodsirkulasjonen. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 281-307). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care -- Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- McLean, C., Coombs, M., & Gobbi, M. (2016). Talking about persons – Thinking about patients: An ethnographic study in critical care. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.011>
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk helseinformatikk. (2018, 11. juli). Akutt hjerteinfarkt-en oversikt. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/?page=6>
- Norsk senter for forskningsdata. (u. å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 29(4), 783–791. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1046/j.1365-2648.1999.00953.x>
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), 76–84. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.iccn.2011.01.003>
- Stubberud, D.-G. (2016). Hjertesykdom- en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334-393). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K. & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1177/1474515114551123>
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K. & Steinsbekk, A. (2016). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513–521. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1177/1474515115618569>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? – Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Wang, K., Zhang, B., Li, C. & Wang, C. (2009). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 18(2), 183–190.
<http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2008.02518.x>
- Wassenaar, A., Schouten, J. & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 261–273.
<http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>
- Wong, F. Y. K. & Arthur, D. G. (2000). Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. *Intensive & Critical Care Nursing*, 16(5), 290–303. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1515>
- World Health Organization. (u. å.). Cardiovascular Diseases. Hentet 16. april 2020 fra https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wåhlin, I., Ek, A. & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care-an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(6), 370–377.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.05.003>

Vedlegg 1. PICO

| P | I | C | O |
|--|---|----------------|---|
| Pasienter med (gjennomgått) hjerteinfarkt og sykepleiere | Ivaretagelse av psykososiale behov | - | Opplevelser, erfaringer og perspektiv, trygghet, tillit, mestring |
| Søkeord | Søkeord | Søkeord | Søkeord |
| Acute coronary syndrome, heart attack, acute myocardial infarction, coronary disease Nurs* Intensive care, critical care, critical care unit | Psychosocial (needs), patient centred care, person centred care, personhood, holistic* interpersonal, critical illness/care Discourse, communication, patient/health education, patient autonomy, Professional competence | | Patient, nurse*, experience*, perceptions Feeling safe/safety, trust, coping |

Vedlegg 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| | Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|-----------------|---|---|
| Problemstilling | <p>Opplevelser/erfaringer relatert til psykososiale behov, men også emner som inngår i dette.</p> <p>Hjerteinfarkt og tiden etter hjerteinfarkt.</p> <p>Hjerteavdeling/hjerteovervåkning/intensiv medisinsk enhet på sykehuset.</p> | <p>Kartlegging av depresjon</p> <p>Tiltak som kommer senere i behandlingsløpet (hjerterehabilitering, gruppeintervensjoner o.l.).</p> <p>Psykiatri samt pasienter som fra tidligere har en psykisk lidelse.</p> |
| Informanter | <p>Pasient av begge kjønn, alle aldersgrupper relevante for problemstilling.</p> <p>Sykepleier, men også andre helsearbeidere dersom relevant.</p> | <p>Forskjell på hjertesykdom og symptomer hos kvinner og hos menn.</p> <p>Aldersspesifikke/relaterte temaer</p> |
| Studiedesign | <p>Kvalitative studier og oversiktsartikler, med forbehold om at artiklene er kvalitetssikret ved fagfelleevaluering, sjekklister samt IMRaD-struktur.</p> | <p>Mangler i kriterier nevnt i inklusjonskriterier.</p> |
| Språk | <p>Engelsk og norsk</p> | <p>Artikler på annet språk enn nevnt i inklusjonskriteriene</p> |

Vedlegg 3. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

Er utforming,
hensiktsmessig
problemstilling?

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

Er utformingen av studien
hensiktsmessig for å finne svar på
problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å
besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

NEI

Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?