



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Aud Berit Fossøy		

Deltaker

Kandidatnr.:	212
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7710
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kunnskap gir trygghet

Ivaretagelse av pasientens behov for informasjon etter et hjerteinfarkt

Knowledge provides safety

Taking care of patient needs for information after a myocardial infarction

Kandidatnr 212

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 14.06.2021

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

Kunnskap gir trygghet.

Bakgrunn for valg av tema

Akutt hjerteinfarkt er en livstruende tilstand som krever rask behandling, og i 2018 ble om lag 13 000 pasienter behandlet for denne tilstanden ved norske sykehus. Jeg har fått interesse for hjertet og hjertesykdommer da jeg både har hatt praksis og jobbet på sengepost med dette som spesialitet. Gjennom samtaler og observasjon har jeg fått inntrykk av at pasientene har fått god og tilstrekkelig behandling i den akutte fasen av hjerteinfarkt, men flere forteller at de føler seg utrygge på veien videre. Mange pasienter opplever usikkerhet rundt sin egen situasjon og lurer på hvordan deres hverdag kommer til å se ut, og flere uttrykker engstelse for at en liknende hendelse skal skje på nytt.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til økt trygghet ved å ivareta behovet for informasjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

Metode

Dette er en litteraturstudie hvor forskningsstudier og faglitteratur blir belyst og drøftet opp mot valgt problemstilling. Erfaringer fra klinisk praksis har også blitt brukt.

Funn og konklusjon

Et hjerteinfarkt kan føre til utrygghet, og i forskningsartiklene kommer det frem at pasientene har et stort behov for informasjon i tiden etter et hjerteinfarkt. Individuell tilpasset informasjon, god kartlegging av pasienten sitt informasjonsbehov og rett tid og sted for informasjonssamtalen kan bidra til trygghet for pasienter innlagt på sykehus.

Nøkkelord

Hjerteinfarkt, sykepleie, informasjon, trygghet, kommunikasjon

Summary

Title

Knowledge provides safety.

Background

Acute myocardial infarction is a life-threatening condition that requires quick treatment, and in 2018, approximately 13,000 patients were treated for this condition in Norwegian hospitals. My interest in this field has developed during internship-periods as a student nurse and from working in the cardiac care-unit. Through conversations and observation, I have experienced that the patients have received good and adequate treatment in the acute phase, however, several patients express insecurity on the way forward. Many patients experience uncertainty about their situation and wonder how their everyday life will be, and they express anxiety that a similar event will occur again.

Issue

How can a nurse contribute to increased safety by attending to the need of information in patients who have suffered from a heart attack?

Method

This is a literature study where research studies and non-fiction are highlighted and discussed against the chosen issue. Experiences from clinical practice have also been used.

Findings and conclusion

A heart attack can lead to insecurity, and the research articles show that patients have a great need for information in the time after a heart attack. Individually adapted information, good mapping of the patient's information needs and the right time and place for the information interview can contribute to security for patients admitted to hospital.

Keywords

Myocardial infarction, nursing, information, security, communication

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Presisering og avgrensning	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppgaven sin oppbygning	3
2. Teori	3
2.1 Hjerteinfarkt	3
2.1.1 Hjerteinfarkt og den akutte behandlingen	3
2.1.2 Psykologiske reaksjoner relatert til hjerteinfarkt	4
2.2 Trygghet	4
2.3 Informasjon	5
2.3.1 Informasjonssamtalen og informasjonsbehovet til pasienten	5
2.4 Sykepleiepedagogikk	6
2.4.1 Sykepleiepedagogikk	6
2.4.2 Å informere pasienten	7
2.5 Joyce Travelbee sin sykepleieteori	8
2.5.1 Travelbee og sykepleie	8
2.5.2 Travelbee – menneske-til-menneske-forhold	8
3. Metode	9
3.1 Valg av metode	10
3.2 Valg av litteratur og litteratursøk	10
3.3 Kildekritikk	11
3.3.1 Vurdering av forskningsartikler	11
3.3.2 Vurdering av bøker	12
4. Presentasjon av funn	13
4.1 Hjertepasienten sitt informasjonsbehov	13
4.2 Informasjonssamtalen	14

4.3 Den pedagogiske sykepleier	14
4.4 Oppsummering av funn	15
5. Drøfting	15
5.1 Å vite eller ikke vite?	15
5.2 Individbasert informasjon skaper trygghet.....	17
5.3 Rett tid og sted for samtale.....	19
5.4 Den informerende sykepleier	20
6. Konklusjon	22
7. Litteraturliste	23
8. Vedlegg	24
8.1 - Søkehistorikk	24
8.2 – Resultattabell	24

1. Innledning

Akutt hjerteinfarkt er en livstruende tilstand som krever rask behandling, og i 2018 ble om lag 13 000 pasienter behandlet for denne tilstanden ved norske sykehus (Folkehelseinstituttet, 2019). Risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt er blant annet høyt blodtrykk, høyt kolesterol, røyking, overvekt og mangel på fysisk aktivitet (Norsk helseinformatikk, 2018). Studier og pasientfortellinger viser at pasienter som har vært til behandling for akutt og/eller kritisk sykdom i sykehus ofte opplever blant annet utrygghet, angst, sårbarhet og fremmedgjøring (Stubberud, 2016, s. 337). Netland et al. (2011) hevder at pasientsentrerte samtaler med fokus på muligheter kan være et helsefremmende tiltak, og at sykepleier, ved å vektlegge pasientens egne ressurser og mål, kan rette oppmerksomheten mot faktorer som kan bidra til å opprettholde god helse selv om en utsettes for sykdom.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt er sykepleie til hjertesyke pasienter, nærmere bestemt pasienter som er engstelige og søker informasjon etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt. Jeg har fattet interesse for temaet da jeg både har hatt praksis og jobbet på medisinsk sengepost, hvor jeg har fått erfaring med pasienter som har blitt innlagt med truende- eller gjennomgått hjerteinfarkt. Gjennom samtaler og observasjon har jeg fått inntrykk av at pasientene har fått god og tilstrekkelig behandling i den akutte fasen, men flere forteller at de føler seg utrygge på veien videre. Mange av pasientene opplever usikkerhet rundt sin egen situasjon og lurer på hvordan deres hverdag etter utskrivelse fra sykehuset kommer til å bli, og flere uttrykker engstelse for at en liknende hendelse skal skje på nytt. Noen pasienter føler seg utrygge og overlatt til seg selv, og informasjonen pasientene får er ofte generell og ikke tilpasset hver enkelt. Eikeland et al., (2016, s. 234) påpeker at et hjerteinfarkt ofte oppstår akutt og uten forvarsel, og at dette kan oppleves truende for pasienten. Pasientene strever med å få kontroll på situasjonen, og dødsangst og bekymring for fremtiden forekommer ofte.

Ved refleksjon over min egen kunnskap har jeg kommet frem til at jeg skulle ønske jeg kunne

mer om psykisk oppfølging og pasientens behov for informasjon etter et hjerteinfarkt, og ikke bare den akutte behandlingen. Det har vært lite fokus på temaet i sykepleierutdanningen, og det er viktig kunnskap fordi sykepleiere ofte vil møte utrygge pasienter som søker informasjon. På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven sette søkelys på hvordan sykepleier, ved å ivareta pasientens behov for informasjon, kan bidra til å trygge pasienten før utskrivelse fra sykehus.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til økt trygghet ved å ivareta behovet for informasjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

1.3 Presisering og avgrensning

Oppgaven omhandler både kvinner og menn, da hjerteinfarkt statistisk sett rammer begge kjønn relativt likt (Folkehelseinstituttet, 2019). Jeg har fokusert på de pasientene som blir engstelige i etterkant av et hjerteinfarkt, og hvordan sykepleier kan møte deres behov for informasjon. Hovedfokuset er den tiden pasienten er innlagt på sengepost på sykehus, før utskrivelse. Det vil ikke bli gjort forskjell på pasienter som har gjennomgått PCI (perkutan koronar intervensjon), eller kun medikamentell behandling. Jeg er klar over at informasjon til pårørende er en viktig oppgave for sykepleiere, men av hensyn til oppgavens omfang har jeg valgt å utelate det.

1.4 Begrepsavklaring

Hjerteinfarkt er en alvorlig tilstand som innebærer skade eller nekrose i en del av hjertemuskelen på grunn av manglende eller redusert blodstrøm gjennom koronararteriene (Ellingsen, 2016, s. 57).

Trygghet er et viktig element i relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Mennesker sitt behov for trygghet gjelder både sikkerhet mot konkrete ytre trusler, og vårt behov for å oppleve vår tilværelse som meningsfull, strukturert og stabil (Blix & Breivik, 2006, s. 77). Tveiten (2008, s. 68) forklarer informasjon i sykepleiepraksis som formidling av opplysninger som åpner for videre dialog, undervisning og veiledning.

1.5 Oppgaven sin oppbygning

Jeg har presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling med avgrensning. I kapittel 2 presenterer jeg aktuell teori. Kapittel 3 omhandler metode. Der beskriver jeg hvilken metode som er brukt i oppgaven og hvordan jeg har utført litteratursøket, før jeg avslutter kapittelet med kildekritikk. I kapittelet om kildekritikk har jeg kritisk vurdert forskningsartikler og beskrevet valg av bøker. I kapittel 4 presenterer jeg forskningsartiklene jeg har valgt å bruke. Videre i kapittel 5 drøfter jeg teori og forskning opp mot min problemstilling. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

2. Teori

I det følgende kapittelet skal jeg presentere teori som kan bidra til å belyse min problemstilling.

2.1 Hjerteinfarkt

2.1.1 Hjerteinfarkt og den akutte behandlingen

Hjerteinfarkt er en alvorlig tilstand som innebærer skade eller nekrose i en del av myokard, og er ofte forårsaket av redusert eller manglende blodgjennomstrømming av koronararteriene. De fleste hjerteinfarkt er forårsaket av en blodpropp i en av koronararteriene, og dette kalles en trombose. En trombose blir utløst når aterosklerotisk plakk i koronararterien brister. Plakket kan tette en koronararterie helt eller delvis, og fører dermed til at det tilhørende området ikke får tilført tilstrekkelig oksygen. Sterke brystmerter, ofte med utstråling til armene eller halsen, samt kvalme og brekninger, er de vanligste symptomene på hjerteinfarkt (Mæland, 2006, s. 23). Mange som blir rammet av akutt hjerteinfarkt i hjemmet, blir hentet med ambulanse og fraktet til sykehus for rask behandling. Ifølge Mæland (2006, s. 26) tar akuttbehandlingen sikte på å begrense skaden på hjertemuskelen, og valg av behandling avhenger av omfanget av infarkt. Hvis en koronararterie er helt tett, er det ved de større sykehusene rutine å utføre PCI-behandling hvor man setter inn en stent som kan holde arterien åpen. Er arterien delvis tett gis trombolytisk behandling, som vil si medisiner som kan løsne opp blodproppen og åpne den

blokkerte arterien (Norsk helseinformatikk, 2018).

2.1.2 Psykologiske reaksjoner relatert til hjerteinfarkt

«Etter et hjerteinfarkt har pasienten større problemer i sinnet enn i hjertet!» (Mæland, 2006, s. 45). Dette understreker viktigheten av at de rundt pasienten ikke bare ser det kliniske sykdomsbildet, men også forstår hvordan hjertesykdommen oppleves av pasienten. Det er viktig at sykepleier forholder seg til pasienten sin opplevde situasjon, og ser sykdommen i sammenheng med pasienten sin livssituasjon (Stubberud, 2016, s. 335). Når en pasient har gjennomgått den akutte fasen av hjerteinfarkt, starter en behandling som kombineres av medisinske, kliniske, psykologiske og sosiale tiltak. Dette gjøres for å forhindre tilbakefall og dødelighet, samt forbedre pasientens livskvalitet (Fridlund & Hildingh, 2000, s. 114–115). Uansett hvor alvorlig hjertesykdommen er, får det med stor sannsynlighet konsekvenser for pasientens psykososiale behov. Angst og utrygghet er vanlige reaksjoner ved truende- eller gjennomgått hjerteinfarkt. Trusselen om tap av livet er skremmende, i tillegg til usikkerhet som forårsakes av svikt i vitale funksjoner som respirasjon og sirkulasjon (Stubberud, 2016, s. 339–340).

De psykososiale behovene til pasienten kan deles inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen innebærer behovet for trygghet, velvære, tilfredshet, å være orientert om sitt liv og sykdommen, og behovet for individuell og målrettet sykepleie. Den relasjonelle delen innebærer behovet for sosial kontakt og følelsesmessig støtte, og behovet for gode relasjoner (Stubberud, 2016, s. 335).

2.2 Trygghet

Heggstad & Segesten (2016, s. 146–147) påpeker at en av de viktigste oppgavene for en sykepleier er å skape trygghet for pasientene. Å være trygg anses som noe godt, og trygghet kan knyttes til menneskets grunnleggende overlevelsedrift og blir sett på som noe som bidrar til vårt velbefinnende. Heggstad & Segesten (2016, s. 148) viser til Abraham Maslow som beskriver trygghet i sin behovspyramide. Nederst i pyramiden er de fysiologiske behovene våre som mat, drikke, søvn, behagelig temperatur, klær og tak over hodet. Når disse kravene er oppfylt, søker vi mennesker trygghet, som Maslow også beskriver som blant

annet sikkerhet, stabilitet og beskyttelse (Heggstad & Segesten, 2016, s. 148).

Blix & Breivik (2006, s. 77–78) skriver at trygghet for pasienter på et sykehus kan være at pasienten opplever at sykepleieren kan sitt fag og at helsehjelpen som blir gitt har effekt. Trygghet er et mål for pasientene og kan være et viktig element i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Ifølge Blix & Breivik (2006, s. 86) har måten sykepleiere utfører arbeidet på stor betydning for hvor trygg pasienten føler seg. En person som gir trygghet er rolig, varm, hyggelig og sikker. Kunnskap og kyndighet er en forutsetning for at pasienten skal oppleve tillit og dermed trygghet i forholdet til sykepleier.

2.3 Informasjon

I pasientrettighetsloven står det at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-2). Hvorvidt det er gitt tilstrekkelig mengde informasjon, hvordan og når informasjonen er gitt og om pasienten deltok i dialogen, har innvirkning på pasienter sin erfaring med informasjonen som er formidlet. Dette understreker viktigheten av at sykepleier er oppmerksom i den informerende samtalen med pasienten (Brataas & Hellesø, 2011, s. 108). Om pasienten som mottar informasjon er stresset eller engstelig, blir evnen til å huske informasjonen dårlig og upresis. Når pasienten er mindre stresset kan sykepleier også lettere få oversikt over hva pasienten husker av informasjonen som er gitt, og gjenta det pasienten har behov for (Brataas & Hellesø, 2011, s. 109). For å gjøre informasjonen lett og tilgjengelig må sykepleier som formidler informasjon opptre rolig og uten tegn til hastverk. Dette kan bidra til mindre engstelse og mer kunnskap hos pasienten.

2.3.1 Informasjonssamtalen og informasjonsbehovet til pasienten

I den pedagogiske prosessen er det ifølge Brataas & Hellesø (2011, s. 110) viktig å etablere en trygg relasjon og bli kjent med pasienten som person. Sykepleier må få innblikk i pasienten sin læringsstil og motivasjon for læring, i tillegg til å få en forståelse av hvordan pasienten håndterer helsesituasjonen sin. Å forberede pasienten til informasjonssamtale er også viktig. For at pasienten skal skjønne at det er informasjon som skal gis, bør sykepleier innledningsvis i samtalen forklare at hun/han har et ønske om å informere og veilede.

Sykepleier kan gi informasjon spontant i den daglige samtalen med pasienten hvis pasienten har behov for det, men må da understreke at det er informasjon som skal gis (Prebensen & Vråle, 2009).

I sykehus finnes det maler for informasjonsformidling, og disse kan brukes som en veiledning til en informasjonssamtale. Det er likevel viktig med en personsentrert tilnærming som blir tilpasset pasienten sitt behov for informasjon og eventuelt hvilke spørsmål pasienten har, samt pasienten sin situasjon og ressurser. Det er også en viktig forutsetning at sykepleier klarer å bedømme situasjonen og er faglig trygg og åpen for at samtalen kan gå i mange retninger, alt avhengig av hva pasienten trenger å forstå under samtalen (Brataas & Hellesø, 2011, s. 110). Informasjonsbehovet til pasientene i behandlingsforløpet og etter utskrivning varierer fra pasient til pasient, derfor er det viktig at sykepleier kartlegger behovet for informasjon før informasjonssamtalen blir utført (Brataas & Hellesø, 2011, s. 110).

2.4 Sykepleiepedagogikk

2.4.1 Sykepleiepedagogikk

Ifølge Rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) er informering, undervisning og veiledning en sentral del for å utøve helhetlig sykepleie.

Sykepleiepedagogikk innebærer at sykepleier underviser i sitt kunnskaps- og kompetansefelt for blant annet pasienter og pårørende. Støtte, informering, undervisning og veiledning for pasienter og pårørende står sentralt i sykepleier sin pedagogiske funksjon.

Sykepleiepedagogikk i praksis er et viktig redskap for å møte pasienten sitt behov for støtte, læring, tilpasning og mestring, og kan ha stor betydning for pasientens helse og opplevelse av livskvalitet (Brataas, 2011, s. 18–19). I tillegg til riktig valg av ord er også en viktig del av kommunikasjon nonverbal kommunikasjon. Å tørre å sitte i taushet og lytte aktivt er viktig for å etablere god kontakt og vise at man hører, ser og forstår (Eide & Eide, 2017, s. 20–22).

I tillegg til å uttrykke seg og undervise på rett måte er det viktig at helsepersonell forstår hvordan pasienten opplever sin situasjon, og ut fra dette utøver individuelt tilpasset omsorg og veiledning. Personsentrert omsorg handler om samspillet mellom pasient og helsepersonell der pasienten sine ønsker og helsepersonellet sin fagkunnskap tillegges like

stor vekt (Ressursportalen, u.å.).

2.4.2 Å informere pasienten

Ifølge Stubberud (2016, s. 356–357) er et viktig mål for sykepleier å ivareta pasientens psykososiale behov, og dermed skape trygghet for å fremme pasienten sin opplevelse av blant annet forutsigbarhet og kontroll. Å informere pasienten er en viktig intervensjon som kan fremme pasienten sin følelse av mestring og kontroll. Det er ikke nok å informere pasienten, sykepleier er i tillegg lovpålagt å sikre at pasienten har forstått innholdet i informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-5). Det er ikke gitt at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. Faktorer som kan hemme mulighetene for læring er blant annet pasienten sin fysiologiske tilstand, behandlingen som gis, språk, uttrykk helsepersonell bruker og pasientens opplevelse av angst, smerter, ubehag og psykisk stress.

Stubberud og Ellingsen (2016, s. 430–431) beskriver de fire fasene i kroppskunnskapingen. Dette er faser som sykepleier bør kjenne til da fasene har konsekvenser for sykepleieren sin veiledning og pasienten sin forståelse. I den første fasen benekter pasienten ofte sykdom, og opplever kroppen som fremmed og uforutsigbar. Det anbefales i denne fasen at pasienten skal få lov til å sette ord på sine tanker og følelser. Sykepleier bør lytte og gi enkle forklaringer på følelser og symptomer. Pasienten er lite mottakelig for informasjon, så informasjonen som gis bør være «her og nå»-informasjon. I den neste fasen begynner pasienten å innse sykdommen, og begynner gradvis å erkjenne den. Sykepleier bør i denne fasen gi bekreftelse på at sykdommen kan være en belastning å leve med, og forklare pasienten at det er viktig at pasienten deler sine personlige erfaringer og opplevelser for at sykepleier skal kunne forstå hvordan sykdommen oppleves. Kontinuitet, håp og oppfølging er nøkkelord. I fase nummer tre begynner pasienten å se et håp om bedring i fremtiden, og er i større grad mottakelig for informasjon, undervisning og veiledning. Sykepleieren bør fokusere på endringsfokuset veiledning for å finne ressurser til forandring hos pasienten. Veiledningen bør også foregå ved at sykepleier stiller åpne spørsmål for å fremme refleksjon hos pasienten. I den siste fasen har pasienten akseptert å leve med sykdommen, og fokuserer på muligheter. I denne fasen trenger pasienten å bli motivert av helsepersonell for å endre livsstil. Pasienten er ofte ekspert på egen helse, og sykepleier må være oppmerksom

på at erfaringskunnskapen til pasienten gir andre svar enn hva fagkunnskapen gir (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 430–431).

2.5 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Jeg har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker på grunnlag av at hun skriver om menneske-til-menneske-forholdet og hvordan det kan etableres. Dette er relevant for min problemstilling da det er viktig å se hele mennesket og ikke bare pasienten når en skal bidra til trygghet og ivareta behovet for informasjon.

2.5.1 Travelbee og sykepleie

Travelbee fokuserer på relasjonen mellom pasient og sykepleier, der hun mener at begge parter er likeverdige (Travelbee, 1999, s. 5). De viktigste begrepene i teorien hennes er individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon, og hun definerer sykepleie på følgende måte: «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).

For å oppnå en god relasjon mener Travelbee at det må etableres et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 41). Målet er å fremme enkeltmennesket og menneskets kvaliteter, derfor bruker hun ikke begrepene pasient og sykepleier. Hun mener begrepene blir merkelapper som reduserer enkeltmennesket til det generelle og at menneskets spesielle kvaliteter blir redusert. Hun hevder også at det er viktigere at sykepleieren forholder seg til en person sin opplevelse av sykdom og lidelse, enn diagnosen pasienten har fått. Hun mener at en sykepleier ikke kan vite hvordan individet opplever sin sykdom, før man har fått frem de meningene og tankene individet selv har om sin situasjon (Kirkevold, 1998, s. 113–114).

2.5.2 Travelbee – menneske-til-menneske-forhold

Kirkevold (1998, s. 117) viser til Travelbee som sier at et menneske-til-menneske-forhold, innen sykepleie, vil si opplevelser som deles av den syke og sykepleieren eller andre som har

behov for tjenester fra sykepleier. Videre skriver Kirkevold (1998, s. 117) at ifølge Travelbee er et menneske-til-menneske-forhold et mål, og før en kommer dit må man gjennom flere interaksjonsfaser. Det innledende møtet er første fase, der en på bakgrunn av observasjoner, inntrykk og vurderinger får en følelse av hvordan den andre er. Videre kommer den sykes og sykepleierens identiteter og personligheter til syne for den andre. Hvis sykepleier skal få en forståelse av pasienten sin opplevde situasjon, er det i denne fasen viktig at sykepleier ikke sammenligner pasienten med andre pasienter sykepleieren har pleiet tidligere. Den neste fasen er empati, der en tar del i og forstår meningen med tanker og følelser det andre individet har. Videre kommer sympatifasen, som er et resultat av den empatiske fasen. Sympati handler om å avhjelpe lidelse, og en er nødt til å oppleve nærhet til den en føler sympati for. Sympati er en slags omsorg, og kan være med på å lette lidelsen ved at personen ikke bærer byrden av lidelsen alene. Den siste fasen er gjensidig forståelse og kontakt. Fasen representerer en måte som to individer forholder seg til hverandre på, og er et resultat av forholdet pasient og sykepleier sammen har bygd opp i de foregående fasene (Kirkevold, 1998, s. 117–118).

Travelbee beskriver kommunikasjon som «en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold» (Travelbee, 1999, s. 135). Kommunikasjon står sentralt i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, og har dermed en sentral rolle i å oppfylle sykepleieren sitt mål og hensikt. Hensikten med kommunikasjonen er å lære pasienten å kjenne, forstå lidelsene og oppfylle pasienten sine behov (Kirkevold, 1998, s. 119).

3. Metode

Med metode menes den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Metodebeskrivelsen skal beskrive hvordan en har gått frem, i tillegg til at den skal være presist formulert. Dette er for at andre skal kunne etterprøve det som har blitt gjort og komme frem til samme konklusjon (Thidemann, 2015, s. 76). I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for valg av metode, samt hvordan jeg har kommet frem til valgt litteratur og forklare søkeprosessen. Til slutt i

kapittelet er en kritisk vurdering av forskningsartiklene jeg har valgt å bruke.

3.1 Valg av metode

Jeg har i denne oppgaven valgt å gjøre en litteraturstudie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å innhente litteratur om temaet, analysere den og sammenfatte til slutt (Thidemann, 2015, s. 79–80). Grunnen til at jeg har valgt litteraturstudie som metode er at jeg mener det er metoden som egner seg best for å belyse problemstillingen min.

3.2 Valg av litteratur og litteratursøk

For å få kunnskap som kan belyse min problemstilling, har jeg benyttet teori fra pensumbøker, samt søkt i skolen sin biblioteksbase Oria for å finne bøker om temaet. Søkeord jeg har brukt er *hjerteinfarkt, sykepleiepedagogikk, kommunikasjon, trygghet og informasjon*.

Videre utarbeidet jeg et PICO-skjema som jeg har satt opp ut ifra problemstillingen min for å kunne gjennomføre systematiske søk. PICO-skjemaet gir struktur, avgrensner problemområdet og hjelper til å klargjøre spørsmålet for litteratursøk. PICO er ifølge Nortvedt (2012, s. 33) en forkortelse for **P**asient (hvem) **I**ntervention (hva) **C**omparison (kontrollgruppe/sammenligning) og **O**utcome (utfall/resultat). I min problemstilling er ikke comparison/kontrollgruppe/sammenligning (C) relevant, så jeg har utarbeidet et PIO-skjema istedenfor.

PICO	
Problem/patient	Hjerteinfarkt, pasient
Intervention	Informasjon, veiledning, kommunikasjon, samtale
Comparison	
Outcome	Trygghet

Videre gjennomførte jeg systematiske søk i databasene Academic Search Elite, Cinahl og Medline. For å få flere relevante treff brukte jeg både norske og engelske søkeord. De engelske søkeordene fant jeg ved å bruke Swemed+. Der skrev jeg først inn ordene på norsk, og fikk opp forslag til engelske synonymer. I starten søkte jeg kun på «heart attack» og «myocardial infarction» men la senere til «cardiac attack» for å få flere treff. For å få treff på flere artikler la jeg også til «percutaneous coronary intervention» på ett søk. Jeg søkte på «patient» og «patients». Jeg søkte også på «information» og «information needs», og la til «learning needs» men fant ut at dette ga samme treff. Jeg la også til «experience», «goals», «resources», «feeling safe» og «patient OR patients experience» for å finne forskning som omhandlet pasientene sine opplevelser. For å få treff som var relevante for sykepleiefaget la jeg til søkeord som «nurse», «nurses» og «nursing» og «hospital», i tillegg til «hospital discharge» siden jeg har avgrenset oppgaven til tiden pasienten er innlagt på sykehus. Siden oppgaven min i stor grad handler om kommunikasjon, valgte jeg også å legge til søkeordet «communication». For å få best mulig treff har jeg søkt på ordene i forskjellige kombinasjoner og med «OR» og «AND». Søkehistorikken ligger som vedlegg 8.1.

3.3 Kildekritikk

Dalland og Trygstad (2012, s. 72–73) skriver at å være kildekritisk vil si å vise at man mestrer å forholde seg kritisk til det kildematerialet som brukes i oppgaven, samt hvilke kriterier som har blitt benyttet da kildematerialet ble valgt. Litteraturen som er benyttet blir vurdert, og hensikten er at leseren skal forstå hvilke vurderinger og refleksjoner som er gjort når det kommer til litteraturen sin relevans og gyldighet (Dalland & Trygstad, 2012, s. 72–73).

3.3.1 Vurdering av forskningsartikler

For å kvalitetssikre artiklene har jeg valgt å se etter artikler som har benyttet IMRaD-struktur. IMRaD er en forkortelse for Introduction/introduksjon, Methods/metode, Results/resultat and/og Discussion/diskusjon og er en mye brukt modell for oppbygging av forskningsartikler (Dalland & Trygstad, 2017, s. 163). For å vurdere artiklene sin kvalitet og relevans har jeg også tatt i bruk sjekklister. Jeg opplever at forskningsartiklene samsvarer med punktene. Ut fra sjekklister har jeg vurdert hvor pålitelig kildene er, om resultatet er relevant for min problemstilling og om funnene kommer klart frem. Alle artiklene jeg har valgt ut er fagfellevurdert, som vil si at de er kvalitetsvurdert og blir kritisk gransket før de

blir publisert i tidsskriftet (Helsebiblioteket, 2016). Tre av artiklene jeg har funnet har brukt kvalitativ metode, og den fjerde kvantitativ. Kvalitativ metode anvendes for å få kunnskap om menneskers erfaringer, meninger og opplevelser. Dette kan foregå ved for eksempel bruk av intervju og observasjon (Thidemann, 2019, s. 76). Med kvantitativ metode menes målbare enheter som tall, såkalte harde og objektive data, som samles inn ved hjelp av et spørreskjema (Thidemann, 2019, s. 76).

Den ene artikkelen skiller seg ut da den omhandler kvinner. Jeg ser på den som relevant da den handler om kvinnene sitt behov for informasjon og støtte etter hjerteinfarkt (Sjöström-Strand et al., 2011). Studiene til Fållun et al. (2016) og Petriček et al. (2017) ser på opplevelsen pasientene har av helsepersonell sin tilnærming og hvordan informasjon er blitt formidlet. Den siste studien tar kun for seg pasienter som har gjennomgått PCI (Kilonzo & O'Connell, 2011), men den er likevel relevant da den tar for seg læringsbehovet til pasientene. For å finne forskningsartikler som er relevante for min oppgave og problemstilling, har jeg sett gjennom mange artikler og ekskludert de som ikke er relevante (Thidemann, 2019, s. 90). Et eksklusjonskriterium er at publikasjonene ikke skal være eldre enn 10 år. Dette er for å sikre at jeg får den mest oppdaterte forskningen (Thidemann, 2019, s. 84). Videre har jeg ekskludert artikler som ikke er skrevet på engelsk eller skandinavisk. Alle forskningsartiklene jeg har valgt er skrevet på engelsk, og jeg har derfor benyttet meg av en engelsk/norsk ordbok for å få en bedre forståelse av artiklene. Dette kan ha ført til at enkelte ord er oversatt feil, men jeg mener at jeg har klart å forstå innholdet og essensen av artiklene. I forbindelse med oppgaven har jeg utarbeidet en resultattabell som viser forskningsartiklene sin hensikt, metode, utvalg og resultat. Tabellen ligger som vedlegg 8.2.

3.3.2 Vurdering av bøker

Bøkene jeg har valgt er både lærebøker fra sykepleierstudiet og fagbøker. Det er i hovedsak primærkilder som er benyttet i studien, men grunnet manglende tilgang på noen bøker har jeg brukt sekundærkilder. Noen av bøkene jeg har funnet er fra tidlig på 2000-tallet, men jeg anser disse som relevant for oppgaven fordi det mest sannsynlig ikke er mye som har forandret seg med tanke på hva pasientene føler og trenger informasjon om etter et hjerteinfarkt.

4. Presentasjon av funn

I det følgende skal jeg presentere hovedtemaer som jeg har funnet i forskning. De temaene som gikk igjen i artiklene jeg har valgt var hjertepasienten sitt informasjonsbehov, hvordan informasjonssamtalen kan gjennomføres og sykepleier sin pedagogiske funksjon.

4.1 Hjertepasienten sitt informasjonsbehov

Etter et hjerteinfarkt har pasienter varierende behov for støtte og kommunikasjon med helsepersonell. Informasjon kan bidra til mestring av hjerteinfarkt, og informasjon som er godt tilrettelagt og tilpasset har en positiv innvirkning på pasientene (Petriček et al., 2017). I studien til Fållun et al. (2016) kommer det frem at pasienter som ikke får oppfylt sitt informasjonsbehov mens de er innlagt på sykehus har økt grad av komplikasjoner og reinnleggelser. Den korte liggetiden på sykehus gjør det vanskelig å ivareta pasienten sitt behov for informasjon, i tillegg til at pasientene får mindre tid til å akseptere og lære om sin egen tilstand (Fållun et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011). I studien til Petriček et al. (2017) kommer det frem at pasientene viste til to typer informasjonsbehov. Den ene typen var generell kunnskap om hjerteinfarkt, og den andre var individuell informasjon om deres egen sykdom. Videre hevdes det at pasientene som hadde hatt en nær døden-opplevelse ville ha informasjon om sykdommen, og de som ikke hadde vært i livstruende fare søkte etter følelsesmessig støtte. Kilonzo & O'Connell (2011) viser til studier som påpeker at læringsbehovene til hjertepasienter ofte består av kunnskap om symptomer, medisiner og livsstilsfaktorer. Videre viser studien at pasientene ofte er mer opptatt av deres umiddelbare tilstand og fokuserer mindre på den emosjonelle tilstanden. Pasientene satt også pris på en plan på hva de skulle gjøre hvis de fikk symptomer som kunne ligne på symptomer på hjerteinfarkt (Fållun et al., 2016). Resultatet av studien til Sjöström-Strand et al. (2011) viser at pasientene fikk mangelfull informasjon og flere av deltakerne følte at de ikke ble tatt på alvor av helsepersonell. Videre viser studien at deltakerne ble ulikt behandlet da de søkte informasjon, og at støtten fra helsevesenet det første året etter hjerteinfarkt ikke var god nok. Deltakerne var bekymret for et nytt hjerteinfarkt, og flere av deltakerne mente at de hadde hatt behov for konsultasjoner med for eksempel en sykepleier på poliklinikk som et langsiktig oppfølgingsalternativ.

4.2 Informasjonssamtalen

Etter et hjerteinfarkt får pasientene ulike reaksjoner og behovet for informasjon er individuelt (Fålun et al., 2016; Sjöström-Strand et al., 2011). Flere av studiene viser at informasjon bør gis på grunnlag av pasientens individuelle behov, da individ- og personsentrert omsorg førte til at pasientene følte seg ivaretatt (Fålun et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011; Petriček et al., 2017). Personsentrert tilnærming gjør at pasientene deler sine opplevelser, og dermed kan sykepleier lettere tilpasse informasjonen (Fålun et al., 2016). Flere pasienter synes det er lettere å forholde seg til den individuelle informasjonen som blir gitt fremfor den standardiserte. Noen av pasientene ser likevel på standardiserte informasjonshefter på sykehuset som informative, da de bruker heftene som en kilde til referanse etter hjemreise (Kilonzo & O'Connell, 2011). Videre i studien kommer det også frem at tid og sted for informasjonssamtalen er viktig da flere av pasientene ikke husket informasjonen som var gitt til dem i det akutte stadiet av sykdommen. Dette understrekes i Fålun et al. (2016) der det kommer frem at pasientens fysiologiske tilstand påvirker hvor mottakelige de er for informasjon.

4.3 Den pedagogiske sykepleier

Pasienter verdsetter at den som formidler informasjon er sympatisk og empatisk (Kilonzo & O'Connell, 2011; Petriček et al., 2017). At sykepleier opptrer på en empatisk måte kan svekke pasienten sin følelse av å bære sykdommen alene, og det kan gjøre det lettere for pasienten. Helsepersonell må også snakke på et språk som gjør at pasienten forstår, da mye av usikkerheten til pasientene kommer av dårlig kommunikasjon med helsevesenet. Studien til Sjöström-Strand et al. (2011) viser at fem år etter at pasientene var rammet av hjerteinfarkt, var de fortsatt usikre på hvorfor de tok alle medisinene sine, og de mente helsepersonell burde informert dem bedre om hvorfor de måtte ta alle medisinene. Støtten fra familie og venner er viktig, og det er opp til sykepleier å kartlegge pasienten sitt nettverk (Fålun et al., 2016; Sjöström-Strand et al., 2011). Hjerterpasienter med et lite sosialt nettverk har mer depressive symptomer enn de med et etablert nettverk (Sjöström-Strand et al., 2011). Ifølge studien til Fålun et al. (2016) er det ansvaret til den informerende sykepleier å styrke pasienten sine evner for egenomsorg.

4.4 Oppsummering av funn

Funn i artiklene viser at pasientene sitt behov blir bedre dekket ved individuell informasjon. Pasientene opplevde i etterkant av hjerteinfarkt usikkerhet i tillegg til fysiske plager, og ble behandlet ulikt dersom de søkte informasjon. Rask utskrivelse fra sykehuset, mangelfull informasjon, dårlig kommunikasjon og bruk av et språk pasientene ikke forsto var faktorer som gjorde at pasientene ikke var tilfreds med informasjonen som ble gitt dem før hjemreise.

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg ved hjelp av teori, funn fra forskningsartikler og egne erfaringer diskutere hvordan sykepleier kan bidra til å skape trygghet ved å ivareta informasjonsbehovet til pasienter som er rammet av hjerteinfarkt.

5.1 Å vite eller ikke vite?

For å ivareta den enkelte sitt behov for informasjon, er pasienten sin subjektive opplevelse av veiledningen relevant. For de fleste er informasjon assosiert med noe trygt, og etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt har pasientene ofte et stort behov for trygge rammer. Noe som fremmer trygghet hos pasientene kan være opplevelse av kontroll og forutsigbarhet, derfor er det en viktig oppgave for sykepleier å gi tilstrekkelig og god nok informasjon i tiden etter hjerteinfarkt (Stubberud, 2016, s. 356–357). Deltakerne i studien til Petriček et al. (2017) presiserte at informasjon påvirket deres mestring av hjerteinfarkt i positiv retning. Dette viser hvor viktig pasientinformasjon er for den enkelte når det kommer til å mestre hverdagen etter et hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt er en fryktet diagnose, og pasientene får ofte behov for å bli orientert om sykdommen sin, siden uvisshet fører til usikkerhet (Stubberud, 2016, s. 339). Viktigheten av tilstrekkelig informasjon understrekes i studien til Fållun et al. (2016), som viser at utskrevne pasienter som ikke får oppfylt sitt informasjonsbehov i løpet av tiden de er innlagt på sykehus, har økt grad av komplikasjoner og reinnleggelser. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, §3-2) har pasienten rett på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Det er likevel ikke alle pasienter som har behov for informasjon, noen ønsker å skyve tankene på sykdommen vekk, og dette er ofte uttrykk for benektelse av sykdommen. Pasientene bør da ikke påtvinges noe informasjon, men heller

bli informert på et senere tidspunkt når de er mottakelige for informasjonen (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 430). I praksis har jeg erfart at noen pasienter ikke vil høre om sin egen sykdom, de ønsker at deres pårørende skal informeres istedenfor. Jeg tror informasjonen sin kvalitet blir best hvis informasjonen går direkte til den det gjelder. Derfor mener jeg at sykepleier bør gi beskjed til pasientene at de bør tenke på hva de ønsker å vite før de reiser hjem, slik at det kan tas igjen i en senere samtale. Sjöström-Strand et al. (2011) viser til en studie som hevder at hjertepasienter med lav sosial støtte har dårligere helsetilstand og mer depressive symptomer enn de med et etablert nettverk. Dette støttes av Fåln et al. (2016) som fant at pasientene så på støtten fra familie og venner som en viktig ressurs. Dette innebærer at det er viktig at sykepleier kartlegger hvem som er pasientens støttespillere.

Et hjerteinfarkt inntreffer ofte akutt og plutselig, og det er normalt å få psykologiske reaksjoner i etterkant uavhengig av hvor alvorlig hjerteinfarkt er. Angst og utrygghet er vanlige reaksjoner, men det gjelder ikke alle. Alle mennesker er forskjellige, og det fører til at også reaksjonene etter et hjerteinfarkt er ulike. Studiene til Fåln et al. (2016) og Sjöström-Strand et al. (2011) viser at noen pasienter ser på hjerteinfarkt som en ny sjanse i livet, og blir mer bevisste på å se det positive i livet siden en dag plutselig kan være den siste. Når reaksjonene etter et hjerteinfarkt er så ulike, blir også informasjonsbehovet individuelt for hver enkelt pasient. I studien til Petriček et al. (2017) beskrev pasientene to typer informasjonsbehov. Den ene typen informasjon de trengte var kunnskap om hjerteinfarkt generelt med tanke på årsaker, sykdomsbilde, sykdomsforløp, mulige komplikasjoner og behandling. Det andre var individuell informasjon om deres eget hjerteinfarkt. De etterlyste informasjon om hvordan de kunne forebygge eller redusere symptomer i etterkant, og hvordan de kunne skille symptomer på hjerteinfarkt fra symptomer på andre sykdommer. Årsaken til hjerteinfarkt forsvinner ikke nødvendigvis etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, og flere er engstelige for å kjenne på samme type symptom som da de hadde hjerteinfarkt. Fåln et al. (2016) sin studie viser at handlingsplaner som å kontakte fastlege eller sykehus ved det minste symptom var viktig for å sikre mentalt velvære etter utskrivelse fra sykehus. Det ulike behovet pasientene har for informasjon understrekes i Brataas og Hellesø (2011, s. 110), hvor de beskriver at informasjonsbehovet er ulikt, og det er derfor viktig at helsepersonell kartlegger informasjonsbehovet til pasienten før en skal begynne undervisning og veiledning. Studien til Petriček et al. (2017) viser også at pasienter som var

rammet av hjerteinfarkt hadde varierende behov for informasjon. Pasientene som hadde hatt en nær døden-opplevelse ville ha en medisinsk tilnærming som ga informasjon om selve sykdommen, og de som ikke hadde vært i livstruende fare forventet en mer følelsesmessig støtte og muligheten for å lufte tankene sine.

Sjöström-Strand et al. (2011) konkluderer med at pasientene fikk mangelfull informasjon fra helsepersonell, og dette gjorde dem usikre. Hva som menes med mangelfull informasjon kan diskuteres, og vil oppleves individuelt fra person til person. Pasientene følte også de ble møtt ulikt, og ikke ble tatt på alvor av helsepersonell. Om sykepleier kun ser på pasienten som en del av en gruppe med samme diagnose, kan det føre til at pasientene blir behandlet ulikt ut fra deres individuelle behov. Slik jeg ser det må sykepleier tilnærme seg hver enkelt pasient personlig, og ikke se alle pasientene under en samlet diagnose. Ifølge Kirkevold (1998, s. 113–114) hevder Travelbee at sykepleier ikke kan vite hvordan individet selv opplever sykdommen sin før man har fått frem individet sine egne tanker og meninger om sykdommen. Jeg tror at hvis sykepleier er uvitende om hvordan individet opplever sykdommen sin, vil det være vanskelig å hjelpe med å mestre sykdommen.

5.2 Individbasert informasjon skaper trygghet

Mangel på individuell og tilrettelagt rådgivning kan skape hindring for endringer i fremtiden, derfor bør informasjon gis på grunnlag av pasientens individuelle behov (Kilonzo & O'Connell, 2011; Fåln et al., 2016). Individuell veiledning fremfor generell formidling av informasjon er viktig for at pasientene skal kunne håndtere sine utfordringer i hverdagen etter utskrivelse. Kilonzo & O'Connell (2011) viser til en studie som bemerker at de pasientene som føler seg best ivaretatt er de som fikk individualisert omsorg og god kontakt med helsepersonellet. Studien til Fåln et al. (2016) viser at person-sentrert omsorg gjør at pasientene deler sine opplevelser og bekymringer, hvilket gjør det mulig for sykepleier å veilede pasienten samt tilby mer individualisert veiledning til pasientgruppen. Personsentert omsorg handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever situasjonen vedkommede befinner seg i.

Viktigheten av den personsentrerte tilnærmingen støttes av Brataas og Hellesø (2011, s. 110), som skriver at for å kunne forstå pasienten sitt behov for informasjon må sykepleier ha

en individuell tilnærming. På den måten kan sykepleier lettere tilpasse informasjonen ut fra pasienten sitt behov og eventuelt hvilke spørsmål pasienten har. I Fåln et al. (2016) kommer det også frem at pasientene sitt bekymringsnivå og fysiske velvære påvirker deres evne til å motta standardisert informasjon. For å bedre kvaliteten av samspillet mellom helsepersonell og innlagte pasienter, er personsentrert omsorg en viktig tilnærming. Hensikten med denne tilnærmingen til omsorg, er å involvere pasienten aktivt i sitt eget liv og sykdom. Tid er en viktig faktor. Studien til Fåln et al. (2016) viser at i et helsevesen under press har sykepleiere begrenset tid til individuell rådgivning. Dette kan føre til at informasjonen blir mangelfull, og at pasienten føler at sykepleier ikke har tid til å gi god og tilrettelagt informasjon. Selv om den person-sentrerte omsorgen og informasjon tilrettelagt for individet er viktig, er det også viktig at sykepleier tar seg tid til alle pasientene i avdelingen. Sykepleier bør ikke la noen sitt behov for samtale og tid gå ut over andre pasienter.

I sykehus finnes det maler for informasjonsformidling og generell informasjon om hjerteinfarkt. Sykepleier som formidler informasjon må gjerne bruke disse hjelpemidlene som veiledning og gå ut fra disse, men må samtidig tilpasse seg pasienten sitt behov for informasjon og svare på de spørsmålene pasientene har. Informasjonsheftene kan likevel være nyttige selv om de er generelle. Kilonzo & O'Connell (2011) påpeker at selv om pasientene ikke vurderer informasjonen i heftene som relevant på tidspunktet for utskrivelse fra sykehuset, kan de verdsette det som en kilde til referanse når de kommer hjem. At pasientene kan lese i heftene etter hjemreise samtidig som de har informasjonssamtalen fra helsepersonell på sykehuset i bakhodet, kan øke forståelsen og bidra til å svare på det pasienten lurer på. Sykepleier kan derfor benytte seg av disse heftene, men må huske at selv om heftene er godt utarbeidet og inneholder mye informasjon, så må fortsatt den individuelle informasjonen vektlegges. Jeg kan forstå at å gi standardisert informasjon til pasientene kan føles riktig, fordi den informasjonen som står der gjelder alle som har gjennomgått hjerteinfarkt. På en annen side kan den standardiserte informasjonen føles mangelfull og ikke rettet mot pasienten. I informasjonsheftene kan det for eksempel bli formidlet at det er nødvendig med røykeslutt, men det er ikke nødvendig til en pasient som ikke røyker.

5.3 Rett tid og sted for samtale

Studien til Fållun et al. (2016) viser at pasienter som har hatt et ukomplisert hjerteinfarkt blir skrevet ut innen 72 timer etter innleggelse, og den korte tiden på sykehuset kan gjøre det vanskelig å gi pasientene tilfredsstillende informasjon og veiledning før utskrivelse. Dette støttes av studien til Kilonzo & O'Connell (2011), som hevder at den korte liggetiden på sykehus gjør det utfordrende å dekke pasientene sine behov. Jeg har selv erfart i praksis at pasienter synes de blir skrevet ut for tidlig, og at de ikke føler seg klare for hverdagen hjemme. Det kan være fordi de føler at de selv og deres pårørende ikke har fått nok informasjon om veien videre. For å ivareta pasienten sine ønsker og informasjonsbehov er det viktig å gjennomføre informasjonssamtalen på rett tid og sted. Hellesø og Brataas (2011, s. 108) hevder at hvorvidt informasjonen som blir gitt er tilstrekkelig eller ei, kommer an på hvordan og når informasjonen er gitt. Det er opp til sykepleier å formidle informasjon i rolige omgivelser uten tegn til hastverk, i tillegg til å velge et tidspunkt hvor pasienten er mottakelig for informasjon (Brataas & Hellesø, 2011, s. 109). Hvis pasienten er stresset, huskes informasjonen som blir gitt dårligere. Både pasienten og sykepleieren som gir informasjon må være rolige, og på den måten kan sykepleier også lettere oppfatte hva pasienten får med seg av informasjon og hva som må gjentas (Brataas & Hellesø, 2011, s. 109). Dette understrekes i studien til Kilonzo & O'Connell (2011), der de viser til studier hvor flere av pasientene var usikre på informasjonen som ble gitt til dem i det akutte stadiet av sykdommen. På grunn av pasientene sin fysiologiske tilstand som resulterte i komplekse prosedyrer med raske avgjørelser, var det vanskeligere for dem å oppfatte og huske informasjonen som ble gitt. Jeg mener at i en krisesituasjon kan det være vanskelig for pasienten å huske hva som blir sagt muntlig. Derfor kan sykepleier for eksempel ved hjelp av en modell av hjertet, vise pasienten hva som har skjedd under hjerteinfarkt. Å bruke flere sanser for å tilegne seg kunnskap kan gjøre at ting forstås bedre. En god informasjonssamtale trenger ikke alltid å planlegges. Sykepleier må gjerne gi informasjon i en hverdagslig samtale med pasienten, men det er da viktig å være tydelig på at det er viktig informasjon som blir gitt (Prebensen & Vråle, 2009). Hvis ikke dette blir formidlet på en tydelig måte kan pasienten sitte igjen med en følelse av å ikke ha mottatt informasjon.

5.4 Den informerende sykepleier

Jeg har erfart i praksis at kroppsspråk kan si mye, men samtidig kan non-verbal kommunikasjon for noen bety at den andre ikke bryr seg og at menneske-til-menneske-forholdet ikke er til stede. En måte å oppnå god kontakt og tilnærme seg pasienten på er derfor å tørre å sitte i taushet og lytte aktivt, da dette fremmer trygghet og tillit hos pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 20–22). Det er viktig at den som skal formidle informasjon viser sympati og empati. Kilonzo & O’Connell (2011) sin studie viser at pasienter verdsetter høyt empatisk kommunikasjon og pleie. Å vise empati og forståelse kan gjøre det lettere for pasienten ved at han eller hun ikke sitter med følelsen av at lidelsen bæres helt alene. Likevel må sykepleier passe på å ikke blir for beskyttende – pasientene må fortsatt ha en følelse av å være mester i sitt eget liv (Petriček et al., 2017). Sykepleier må se sykdommen i sammenheng med pasienten sin livssituasjon, og vise at man ser hjertesykdommen som en totalopplevelse for pasienten (Stubberud, 2016, s. 335). Travelbee hevder ifølge Kirkevold (1998, s. 113–114), at sykepleier må forholde seg til pasienten sin opplevelse av sykdommen mer enn diagnosen.

Sykepleierens pedagogiske funksjon går ifølge Brataas (2011, s. 19–20), ut på å undervise ut fra sitt kunnskaps- og kompetansefelt til pasienter og pårørende. Brataas & Hellesø (2011, s. 109) hevder at det i den pedagogiske prosessen er viktig å etablere en trygg relasjon. For å kunne oppfylle pasientene sitt behov for informasjon, må sykepleier få innblikk i pasienten sin situasjon og hvordan pasienten håndterer helsesituasjonen sin. I den pedagogiske prosessen er det viktig å etablere en relasjon som er trygg, og dette kan man ifølge Travelbee (1999, s. 41) gjøre ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I det første møtet danner sykepleier og pasient et førsteinntrykk av hverandre, og de får forståelse for den andre. Dette kan være betydningsfullt for kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, men på grunn av det stadig kortere sykehusoppholdet kan det by på utfordringer for de involverte. Det er ifølge Fållun et al. (2016) ansvaret til sykepleieren som informerer å styrke pasienten sine evner for egenomsorg. Travelbee forklarer sykepleie som en prosess der den som praktiserer sykepleie hjelper et individ med å mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 29). Ifølge Stubberud (2016, s. 357) er det viktig å informere pasienten for å fremme pasienten sin følelse av kontroll og mestring, og derfor er det viktig at sykepleier sikrer at pasienten forstår innholdet i informasjonen. Jeg har erfart i praksis at

pasienter ofte har problemer med å forstå når helsepersonell bruker medisinske ord og faguttrykk, og de må gjerne få informasjonen forklart på en mer forståelig måte. Resultatene fra studien til Fållun et al (2016) viser at noen pasienter opplevde at helsepersonell brukte faglige, medisinske uttrykk som er vanskelig å forstå for de som ikke har en utdanning innen faget. Dette understreker at helsepersonell må være bevisst på språket sitt. Når helsepersonell skal informere, er det viktig å bruke ord og uttrykk som alle forstår. Det kan være lett for pasientene å nikke og gi uttrykk for at en forstår det som blir sagt, selv om de sitter igjen med spørsmål. Pasientene er i en usikker situasjon, og mange kan oppleve at helsepersonellet på avdelingen har dårlig tid, og det kan derfor fort oppstå situasjoner hvor pasienten ikke vil ta opp helsepersonellet sin tid med å spørre om ting på nytt. Er pasienten selv helsepersonell kan en vurdere å bruke det latinske og medisinske språket.

Å være akutt og kritisk syk innebærer en trussel mot tryggheten. Ifølge Fållun et al. (2016) og Sjöström-Strand et al. (2011) ga pasientene uttrykk for at de i etterkant av hjerteinfarkt var engstelige, følte seg utrygge og var redde for et nytt hjerteinfarkt. Da trygghet er et av menneskets mest grunnleggende behov, er det en av de viktigste oppgavene sykepleier har å ivareta og bidra til trygghet. Ifølge Blix & Breivik (2006, s. 77–78), kan trygghet for en pasient innlagt på sykehus være opplevelsen av at sykepleier kan faget sitt. Det er forståelig at opplevelsen av en usikker og mindre kunnskapsrik sykepleier gjør pasientene utrygge. Å fremme trygghet gjøres på forskjellige måter av forskjellige mennesker, men en trygg person beskrives ofte som rolig, varm, hyggelig og sikker. På en annen side er det viktig å huske på at alle sykepleiere er forskjellige, og måten man tilnærmer seg pasienten på kan dermed bli ulik. Men heller ingen pasient er lik, og opplevelsen av trygghet er derfor også subjektiv, og kan variere fra pasient til pasient.

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å sette søkelys på hvordan sykepleier, ved hjelp av informasjon, kan bidra til økt trygghet hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. På bakgrunn av funn, teori og egne erfaringer har jeg drøftet og konkludert med at flere pasienter føler seg godt ivaretatt i den akutte fasen av hjerteinfarkt, men at usikkerhet rundt veien videre dessverre gjør at noen føler seg utrygge. Mangelfull informasjon, ukjente uttrykk, rask utskrivelse fra sykehus og dårlig kommunikasjon oppleves som negativt for pasientene, og kan føre til at deres informasjonsbehov ikke blir ivaretatt.

Reaksjonene etter et hjerteinfarkt er forskjellige, det er også behovet for informasjon. Dermed er det opp til helsepersonell å kartlegge pasienten sitt informasjonsbehov før en begynner undervisning og veiledning. God kartlegging av pasienten vil tydeliggjøre behovene, og det vil komme fram hva pasienten har behov for å vite. Individuell tilpasning av informasjon som retter seg etter pasientene sine opplevelser, gjør at pasientene føler seg trygge og godt ivaretatt. Det er ikke alltid pasienten er mottakelig for informasjon, derfor er det viktig med en vurdering av hvor mottakelig pasienten er før veiledningen starter. Pasientene kan være i en krisesituasjon etter et hjerteinfarkt, og informasjonen de får kan være vanskelig å huske.

Sykepleier kan bidra til økt trygghet hos pasientene ved å ta seg tid til å gi tilstrekkelig med informasjon. Dette kan være utfordrende i en travel arbeidshverdag, og tidspress i helsevesenet kan gå ut over kvaliteten på informasjon til pasientene.

7. Litteraturliste

- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Fagbokforlaget.
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18–30). Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. V. & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 102–122). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg., s. 62–81). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149–165). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 229–280). 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). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 18. juni). <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Fridlund, B. & Hildingh, C. (2000). Rehabilitering etter akut hjärtinfarkt. I E. Billing (Red.), *Psykosociala perspektiv vid kranskärllssjukdom* (s. 114–136). Studentlitteratur.
- Fålnun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 15(7), 495–503.

<https://academic.oup.com/eurjcn/article/15/7/495/5932407>

Heggestad, A. K. T. & Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 146–158). Cappelen Damm akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Høybakk, J. (2019). Sykepleie til pasienter med hjerte- og karsykdom. I *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3. utg., s. 147–228). Oslo.

Kilonzo, B. & O'Connell, R. (2011). Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): Perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7–8), 1160–1167.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03601.x>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Ad Notam Gyldendal Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. utg.). Høyskoleforlaget.

Netland, H., Fålun, N. & Norekvål, T. M. (2011, 31. mars). *Samtaler kan styrke hjertepasienten*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/samtaler-kan-styrke-hjertepasienten>

Norsk helseinformatikk. (2018). *Hjerteinfarkt, risikofaktorer*. NHI.no.

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-risikofaktorer/>

Nortvedt, M. W. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G. & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *European Journal of General Practice*.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726>
- Prebensen, E., Vråle, G. (2009). *Den gode veiledningen*. Sykepleien.no
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/den-gode-veiledningen>
- Ressursportalen. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Ressursportal.no.
<https://www.ressursportal.no/trygghetsstandard/innhold/innhold>
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459–466.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21175730/>
- 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). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422–446). Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforl.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (3. utg.). Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforl.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Fagbokforl.

8. Vedlegg

8.1 - Søkehistorikk

Søk i Cinahl, Medline og Academic Search Elite

Dato Klokkeslett	Søkeord	Avgrensing/ limit	Resultat (antall)	Artikkel
14.04.21 kl. 1330	S1: Heart attack OR Myocardial infarction S2: Information OR Information needs S3: Experience S4: Nurse OR Nursing OR Hospital S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	2008-2021	S5: 399	<i>«Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later»</i>
22.04.21 Kl. 1200	S1: Heart attack OR Myocardial infarction OR Cardiac attack S2: Patient S3: Information OR Communication OR Conversation S4: Nurse OR Nursing OR hospital OR hospital Discharge S5: Goals OR Resources OR Feeling safe OR Experience S6: S1 AND S2 AND S3 AND S4	2012-2021	S6: 774	<i>“Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction»</i>

<p>12.05.21</p> <p>Kl. 1445</p>	<p>S1: Heart attack OR Myocardial infarction</p> <p>S2: Patient OR Patients' experience</p> <p>S3: New normality</p> <p>S4: S1 AND S2 AND S3</p>	<p>2016-2021</p>	<p>S4: 4</p>	<p><i>“Perceived needs for attaining a “new normality” after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients’ experience”</i></p>
<p>15.05.21</p> <p>Kl. 1200</p>	<p>S1: Heart attack OR Percutaneous coronary intervention OR Myocardial infarction</p> <p>S2: Patient OR Patients</p> <p>S3: Information needs OR learning needs</p> <p>S4: Nurse OR Nurses</p>	<p>2009-2021</p>	<p>S5: 10</p>	<p><i>“Secondary prevention and learning needs post per cutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses”</i></p>

8.2 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p><i>“Perceived needs for attaining a ‘new normality’ after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients’ experience”</i></p> <p>Av Goranka Petricek, Josip Buljan, Gordana Prljevic & Mladenska Vrcic-Keglevic.</p>	<p>Hensikten med studien var å få frem pasienter sine erfaringer etter et hjerteinfarkt for å veilede dem gjennom usikkerhetene de møter.</p>	<p>Metoden som er brukt i denne studien er kvalitativ.</p>	<p>I studien deltok 30 menn og kvinner som hadde gjennomgått hjerteinfarkt.</p>	<p>Resultatet i studien viser at pasienten hadde flere behovsområder som måtte oppfylles i jakten på en ny normalitet. Behovene inkluderte å overvinne angsten for et nytt infarkt, generell informasjon om hjerteinfarkt og kunnskap om deres eget infarkt.</p>
<p><i>“Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses”</i></p> <p>Av Brid Kilonzo & Rhona O’Connell.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasienter og sykepleiere sitt læringsbehov etter PCI.</p>	<p>I denne studien er det brukt kvantitativ metode.</p>	<p>I studien deltok 33 pasienter som hadde vært gjennom PCI og 13 hjertesykepleiere.</p>	<p>Resultatet i studien viser at pasientene finner det vanskelig å forholde seg til standardisert informasjon. Pasienter som fikk individualisert omsorg følte seg godt ivaretatt. Pasientene husker sjelden hva som blir sagt, og er kanskje ikke klare til å lære prioriteringene helsepersonell ser på som nødvendige.</p>
<p><i>“Patients’ goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction”</i></p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere mål, ressurser og barrierer for fremtidig endring hos hjerteinfarkttrammede pasienter på tidspunktet for</p>	<p>I denne studien ble det brukt kvalitativ metode.</p>	<p>I studien deltok 20 pasienter, kvinner og menn, som var innlagt på hjerteavdeling etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.</p>	<p>Resultatet i studien viser at det er behov for å anvende forskjellige tilnærminger for å gi veiledning og råd til pasienter ved utskrivningstidspunktet. Person-sentrert omsorg som fokuserer på</p>

Av Nina Fållun, Bengt Fridlund, Margrethe A. Schaufel, Edvin Schei & Tone M. Norekvål	utskrivelse av sykehus.			personlige fortellinger kan resultere i mer individualisert pleie og være grunnlag for mer nøyaktig veiledning til pasientene.
<i>“Women’s experience of a myocardial infarction: 5 years later”</i> Av Annica Sjöström- Strand, Bodil Ivarsson & Trygve Sjöberg	Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner opplever sin helse etter et hjerteinfarkt.	I denne studien ble det brukt kvalitativ metode.	I studien deltok 12 kvinner som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt.	Resultatet i studien viser at kvinnene opplevde fysiske og psykiske utfordringer i etterkant av hjerteinfarkt. Mange av kvinnene opplevde usikkerhet på grunn av frykt for et nytt infarkt, og de følte ikke at helsepersonell ga god nok oppfølging.