



# Høgskulen på Vestlandet

## Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 04-06-2024 09:00 CEST  
**Sluttdato:** 06-06-2024 14:00 CEST  
**Eksamensform:** Bacheloroppgave  
**Termin:** 2024 VÅR  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)  
**Flowkode:** 203 SYKF390 1 O 2024 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 107

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7820

#### Egenerklæring \*:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 43  
**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Pasientmedvirkning etter akutt  
hjerteinfarkt

Patient participation after acute  
myocardial infarction

**Kandidatnummer: 107**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialkunnskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Tall ord: 7820

Dato for innlevering: 06.06.2024

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.

## *Abstrakt*

### **Bakgrunn**

Akutt hjerteinfarkt er en alvorlig sykdom som krever både akutt behandling og rehabilitering i etterkant. Det legges stadig mer vekt på å involvere pasienten i egen helse og gjennom hele behandlingsforløpet. Medvirkning forutsetter god forståelse av helsetilstanden og mulige konsekvenser av beslutningene som tas i forløpet. Sykepleiere har en viktig pedagogisk funksjon for å fremme slik kompetanse og tilrettelegge for pasientens medvirkning.

### **Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere fremme pasientmedvirkning etter akutt hjerteinfarkt.

### **Metode**

En litteraturstudie hvor kvalitative studier ble inkludert.

### **Resultat**

Enkelte kvalitative studier viste til at pasientens aktive deltakelse ofte økte i løpet av behandlingsforløpet hvor spesielt rehabilitering la opp til mest medvirkning og samvalg. Flere funn viste til at informasjon kunne være mangelfull gjennom forløpet og med lite tilpasning til den enkelte. Korte sykehusopphold som følge av effektiv behandling var også en utfordring for å sikre god informasjon og kommunikasjon. Gode kommunikasjons- og informasjonsferdigheter ble vektlagt som viktig av flere pasienter.

### **Konklusjon**

Sykepleiere har en viktig pedagogisk funksjon for å fremme pasientmedvirkning hos pasienter etter hjerteinfarkt gjennom å gi riktig og god informasjon. Denne bør kommuniseres på en måte som oppfordrer til dialog og inkludering av pasienten for å vektlegge deres meninger og tanker rundt egen helsetilstand.

### **Nøkkelord**

Pasientmedvirkning, Hjerteinfarkt, Sykepleie

## *Abstract*

### **Background**

Acute myocardial infarction is a severe illness that needs both acute treatment as well as subsequently rehabilitation. There is an increasing emphasis on involving the patient in their own health condition throughout their entire course of treatment. Patient participation presupposes a great understanding surrounding their health and possible consequences of decisions made during treatment. Nurses have an important educational function to improve this kind of competence and accommodate for the patient's participation.

### **Research question**

How can nurses improve patient participation after an acute myocardial infarction.

### **Method**

A literature study where qualitative studies were included.

### **Results**

Some qualitative studies showed how participation after a myocardial infarction evolved throughout the treatment, where especially heart rehabilitation promoted patient participation and shared decision making. Several findings presented that information could be lacking during the treatment with little accommodation to the individual patient. Short hospital stays as a result of effective treatment also posed a challenge to ensure that satisfactory information and communication were provided. Great communicational and informational skills were emphasised as crucial by several patients.

### **Outcome**

Nurses have an important educational function to promote patient participation for patients after a myocardial infarction through providing the right information. This should be communicated in a way that encourages dialogue and inclusion of the patient to emphasise their opinions and thoughts surrounding their own health condition.

### **Keywords**

Patient participation, myocardial infarction, nursing

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 INTRODUKSJON MED BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 PROBLEMSTILLING OG PRESISERING .....	6
<b>2. TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	<b>6</b>
2.1 HJERTEINFARKT .....	6
2.3 PASIENTMEDVIRKNING .....	7
2.4 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON .....	9
2.4.1 Å informere .....	10
2.4.2 Å kommunisere informasjon .....	12
<b>3. METODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM DESIGN .....	13
3.2 SØKEPROSESSEN .....	13
3.2.1 PICO-skjema .....	14
3.2.2 Søkriterier .....	14
3.3 KRITISK VURDERING AV ARTIKLER .....	14
3.4 ANALYSE .....	15
3.5 ETISKE OVERVEIELSER .....	15
3.6 METODEDISKUSJON .....	15
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1 INFORMASJON .....	16
4.2 KOMMUNIKASJON .....	18
4.3 MOTIVASJON .....	18
4.4 KOMPETANSE .....	19
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>20</b>
5.1 PASIENTMEDVIRKNING .....	20
5.2 INFORMASJON .....	22
5.3 KOMMUNIKASJON .....	24
<b>6. KONKLUSJON/AVSLUTNING</b> .....	<b>26</b>

<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>28</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>31</b>
VEDLEGG 1 – PICO-SKJEMA .....	31
VEDLEGG 2 – SØKEHISTORIKK .....	32
VEDLEGG 3 – LITTERATURMATRISE .....	34

## 1. Innledning

### 1.1 Introduksjon med bakgrunn for valg av tema

Iskemisk hjertesykdom utgjør 16% av verdens totale dødsfall og er den vanligste dødsårsaken blant ikke-smittsomme sykdommer (World Health Organization, 2020). I Norge er hjerteinfarkt blant de alvorlige sykdommene folk rammes hyppigst av med 10 739 registrerte antall i 2022 (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s. 3). Færre får hjerteinfarkt enn tidligere, men statistikk viser at høy alder øker risikoen betraktelig (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s. 3-4). Flere overlever hjerteinfarkt enn før blant annet grunnet bedre tilpasset behandling og en reduisering i risikofaktorer som høyt kolesterolnivå og røyking (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 266). Det medfører at flere kan ha behov for rehabilitering i etterkant, som forårsaker større økonomiske og helsemessige konsekvenser for samfunnet (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157). Nærmere 1,2 millioner behandles med legemidler for hjerte- og karsykdommer, noe som utgjør omtrentlig 22% av Norges befolkning (Ariansen et al., 2021).

Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7-8) har flere mål som stiller pasienten sentralt i deres møte med helse- og omsorgstjenestene. Noen av disse målene skal fremme aktiv deltakelse hos pasient for sin helsetjeneste og utformingen av denne ved å vektlegge hva som er viktig for dem. Videre har planen også fokus på økt helsekompetanse, en sammenhengende tjeneste mellom sykehus og ut i kommuner, sammenhengende informasjon gjennom forløpet og at man skal lære av hverandre. Involvering av pasienten gjennom behandlingsforløpet og utviklingen av helsetjenestene både blir, og ønskes som et stadig større utgangspunkt (NOU 2023:4, s. 136). Videre blir det vektlagt at det å lære om sin egen sykdom, mestre denne og utvikle selvstendighet kan medføre en egenomsorg hos den enkelte pasient som bedrer deres helse. Dette kan videre gi ringvirkninger i samfunnet ved at behov for helse- og omsorgstjenester også reduseres (NOU 2023:4, s. 136).

Pasienten har en lovbestemt rett til å delta og medvirke i egen behandling og kan bidra i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Forutsetninger for å medvirke innebærer at pasienten har en forståelse for



helsetilstanden og mulige risikoer og konsekvenser for egen medvirkning og valg (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42-43). Helsepersonell har videre et ansvar for å forsikre at pasienten har den tilstrekkelige informasjonen pasienten behøver for å nå disse forutsetningene. Sykepleiere har en pedagogisk funksjon for å sikre at pasienter tilegner kompetanse for å influere egen mestring og helse, gjennom informasjon og veiledning (Tveiten, 2018, s. 246).

## 1.2 Problemstilling og presisering

«Hvordan kan sykepleiere fremme pasientmedvirkning etter akutt hjerteinfarkt»

Denne oppgaven vil vektlegge elementene informasjon og kommunikasjon da disse er blant de sentrale faktorene innen pasientmedvirkning. Det vil fokuseres på pasient ved individnivå. Pårørende vil ikke bli inkludert, på tross av at de kan være en god ressurs i medvirkningen (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 52).

## 2. Teoretisk grunnlag

### 2.1 Hjerteinfarkt

Hjertet har som de andre musklene i kroppen behov for oksygen, og tilføres gjennom egne blodårer, koronararteriene (Sand et al., 2018, s. 350). Akutt hjerteinfarkt oppstår når en eller flere av koronararteriene blokkeres slik at blodet ikke kommer frem til muskelcellene i hjertet (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157-159). Hjerteinfarkt betyr at hjertemuskelcellene dør av manglende oksygen og denne skaden kan ikke repareres. Videre vil rask behandling være avgjørende for å tilbakeføre blodtilførselen. For å forhindre nye infarkter må underliggende sykdommer behandles og risikofaktorer reduseres (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157).

Hjerteinfarkt kan være et eksempel på en akutt tilstand som utvikler seg plutselig og uten innledende tegn (Stubberud, 2021, s. 19). Tilstanden kan også være kritisk og mulig livstruende hvor utfallet kan være usikkert (Stubberud, 2021, s. 19). Pasienten kan føle på en utrygghet og frykt for å miste livet, som kan forsterkes gjennom f.eks. smertefulle symptomer, manglende informasjon og oversikt i en slik skremmende og traumatisk krise

(Stubberud, 2021, s. 23-25).

Underliggende sykdommer kan være flere, men skyldes ofte kolesterolansamlinger som aterosklerose og tromber som fortetter koronararteriene (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157; Ørn, 2022, s. 82-87). Tegn på hjerteinfarkt innebærer trykk i brystet, smerter med utstråling i arm og hals, kvalme, pustevansker og utmattelse (Ørn & Brunvand, 2022, s. 160-162). Større hjerteinfarkter kan gi mer fremtredende symptomer, men noen opplever derimot milde eller ingen symptomer. Behandling av hjerteinfarkt gjøres hyppigst med perkutan koronar intervensjon (PCI) for å åpne opp den fortettede koronararterien (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 271). Pasienten behandles videre med hjertemedisiner og oppfordres om livsstilsendringer (Ørn & Brunvand, 2022, s. 163). Etter gjennomgått hjerteinfarkt anbefales det å delta ved hjerterehabiliteringsprogram (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s. 11). Hjerterehabiliteringen skal bl.a. fremme pasienten sin egen innsats og mestring ved sykdommen, og behandling av underliggende sykdom (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 283). Programmet er tverrfaglig med flere ulike tilbud som blant annet undervisning, opplæring og fysisk aktivitet (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s.11). Statistikk viser til at 70% av pasientene fikk informasjon om rehabiliteringstilbud etter første hjerteinfarkt, rundt 50% ble henvist til tilbudet, mens kun 30% av pasientene nasjonalt oppførte at de hadde tatt del i hjerterehabilitering (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s. 11).

### 2.3 Pasientmedvirkning

Pasientmedvirkning er et begrep som stadig omtales innen helse- og omsorgstjenestene og kan omfatte flere sentrale moment. I Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020). s. 18) påpekes det at pasienten sine behov står sentralt i helsetjenestens utvikling og at fokuset er på pasienten som en aktiv deltaker i sin egen behandling. Stubberud (2022, s. 37) beskriver også at pasienten som aktiv deltaker er en viktig forutsetning for rehabilitering av sykdommen og at å jobbe mot dette er en sentral sykepleiefunksjon i denne delen av forløpet. Pasienten har egne rettigheter knyttet til å medvirke i sitt behandlingsforløp som er nedfelt i lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Paragrafen forteller hvordan pasienten sine meninger og ønsker skal bli vektlagt i beslutninger og utforminger av

tjenestene. Dette innebærer også at pasienten har mulighet til å unnlate å medvirke eller velge, som også bør respekteres (Norsk Sykepleierforbund). Pasientmedvirkning kan bidra til opplevelser av anerkjennelse og en større kontroll i helsehjelpen, men medvirkningen er ikke enstydig med at pasientens ønsker og meninger alltid blir oppfylt (Stubberud, 2022, s. 37).

Pasientmedvirkning og pasienten som en aktiv deltaker innebærer at man deltar i planleggingen av tiltak, gjennomføringen og evalueringen av disse (Stubberud, 2022, s.37-38). Det anbefales å spørre pasienten hva som er viktig for akkurat dem, for å fremme delaktighet og bidra til at pasienten sin stemme blir hørt i drøftinger av beslutninger (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 8). Flere kan trenge oppfordring for å delta aktivt i beslutninger som f.eks. eldre pasienter som kan gå over i en mer passiv rolle, men som likeverdige kan ha et behov for innflytelse og deltakelse (Stubberud, 2022, s. 38). Beslutninger som pasienten gjør sammen med helsepersonell kaller man for samvalg og betyr det samme som det engelske begrepet «shared decision making» (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 51). Det kan også kalles for et veiledet valg, og er den prosessen og avgjørelsen hvor pasient og helsepersonell deler tilgjengelig kunnskap over den behandlingen som passer best, som også er forsvarlig og mulig å tilby av helsetjenesten (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 51; Meld. St. 7 (2019-2020), s. 20). Videre skal pasienten støttes av helsepersonell til å gjøre et informert valg gjennom å informasjon og vurdering av ulike vurderinger, samtidig som helsepersonell får informasjon om hva som er viktig for pasienten og ta hensyn til deres situasjon i samvalgprosessen.

Begrepet «empowerment» brukes gjerne sammen med pasientmedvirkning og baserer seg på å fremme pasienten som en aktiv deltaker i behandlingen og rehabilitering av pasientens sykdom (Stubberud, 2022, s. 37). Begrepet innebærer at man skal støtte opp de ressursene pasienten har slik at de kan styrke sin egenomsorg og følge ev. livsstilsendringer (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). Empowerment kan både være noe man har oppnådd, men innebærer også prosessen for å komme dit. Det kan være utfordrende å fremme empowerment i alle situasjoner, da man ikke alltid har mulighet for å delta aktivt som ved f.eks. kritisk sykdom (Stubberud, 2022, s. 37). Styrking av pasientens ressurser som f.eks.

selvkontroll, kompetanse og ferdigheter kan gi pasienten en mestring i sykdomsforløpet (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). For å fremme denne prosessen kan informasjon og veiledning være viktige fremgangsmåter for å støtte pasientens medvirkning og aktive deltakelse (Stubberud & Ellingsen, 2022 s. 381).

#### 2.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) stadfester at en av sykehusets særskilte hovedoppgaver innebærer at både pasienter og pårørende skal gis opplæring. Sykepleiere har i sin yrkesutøvelse en sentral pedagogisk funksjon som skal bidra til å utvikle pasienten sin kompetanse slik at de kan ta kontroll over egen helse og mestring (Tveiten, 2018, s. 246). Videre innebærer dette å legge til rette for veiledning og informasjon slik at denne medvirkningen kan oppnås. Helsepedagogikk kan forklares som all form for utvikling, veiledning, læring og undervisning innen alt som innebærer helse (Tveiten, 2018, s. 246). Denne pedagogiske funksjonen kan sees på som en strategi mellom helsepersonellet og pasienten for å oppnå pasientens aktive deltakelse og medvirkning og kan f.eks. innebære informering og veiledning av pasienten. Helsepedagogikken kan være et samarbeid mellom de to partene hvor pasienten skal sees som en ekspert på seg selv, mens sykepleieren har en ekspertise innen fagfeltet (Tveiten, 2018, s. 247).

Selv om pasienten får og tilegner seg mye informasjon, kan deres evne til å følge rådene variere (Tveiten, 2018, s. 247). Pasienter medvirker i sin egne helse dersom de aktivt forholder seg til rådene, f.eks. dersom de tar kontakt med lege eller sykehus ved opplevelser av bivirkninger med legemidler og tar da kontroll over deres situasjon (Tveiten, 2018, s. 247-248). Det bør også bemerkes at pasienter har en større tilgang til informasjon i dag gjennom bl.a. internett (Tveiten, 2018, s. 248). Der finnes det mengder informasjon om helse, sykdom, symptomer og diagnoser og hvorvidt disse er pålitelige og oppfattes er opp til pasienten selv. Dette kan øke ansvaret for helsepersonell med tanke på å informere og veilede i dialog med pasienten (Tveiten, 2018, s. 248). Gjennom helsepedagogisk veiledning kan man formidle informasjon til pasienten, samtidig som pasienten kan stille spørsmål, fortelle egne kunnskaper og få svarene de selv har behov for (Tveiten, 2018, s. 248).

Gjennom pasientmedvirkning legges det fokus på å informere pasienten slik at de utvikler

kunnskap og trygghet rundt egen sykdom og helse, men pasienten har gjerne også store forventninger til at sykepleieren har gode ferdigheter og er dyktig innen fagfeltet (Stubberud, 2022, s. 32-33). Det kan eksempelvis skape frustrasjon og usikkerhet hos pasienten dersom de opplever at sykepleieren er usikker eller mangler kompetanse innen fagfeltet. Sykepleiere som opptrer profesjonelt, viser gode kunnskaper, opptrer rolig og viser at de forstår pasientens problemer, kan øke trygghet og tillit til helsepersonellet og bidra til å trygge pasienten i behandlingsforløpet (Stubberud, 2022, s. 32-33). Kompetansen og utøvelsen hos sykepleieren skal bygge på god og oppdatert kunnskap og kalles også for kunnskapsbasert praksis (Stubberud, 2022, s. 34). Den oppdaterte kunnskapen innebærer samlet kunnskap hentet fra forskning, erfaringer og fra pasientens erfaringer og kompetanse. Pasienten forventer gjerne god og oppdatert kunnskap hos sykepleieren, men det behøver ikke å være enstydig med at de må vite alt (Stubberud, 2022, s. 33). Forventningen kan videre være at sykepleieren tar ansvar for å anskaffe den informasjonen som er nødvendig for akkurat den pasienten.

#### 2.4.1 Å informere

Mange pasienter kan både ha et ønske og behov for å få informasjon rundt sin helsetilstand (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 55). Dette kan innebære informasjon om legemidler, behandling og undersøkelser som er aktuelle for pasienten. Manglende informasjon henger ofte sammen med en lavere tilfredshet for behandlingen i helsetjenestene (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 55). Hjerterinfarktpasienter som får PCI-behandling på sykehus har gjerne en kort innleggelse ved sykehus, noe som kan føre til at enkelte pasienter ikke anser situasjonen som særlig seriøs og at sykdommen nå er overkommet (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 279). Dette kan videre medføre utfordringer for å informere pasienten om forebyggende tiltak og livsstilsendringer og gi en forståelse for viktigheten av disse. Pasienter kan også ha vansker med å motta og ta innover seg informasjon i etterkant av hjerterinfarkt da personen kan være i en krisesituasjon (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 279). Videre vektlegges det at man fortsatt skal informere pasienten tidlig i forløpet og gjenta informasjonen til pasienten. Konkret informasjon rundt prøver og undersøkelser som pasienten gjennomgår kan også ha en bekreftende effekt som kan bidra til å anerkjenne pasientens symptomer eller opplevelser (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 285). Videre kan

dette føre til en erkjennelse av sykdommen og behovet for oppfølging. Informasjonen som gis bør i tillegg tilpasses den enkelte pasienten med hensyn til f.eks. symptomer man må være observant på i ettertid (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 279). Behovet for informasjon og veiledning kan ytterligere øke i etterkant av utskrivelsen fra sykehus.

Kristoffersen & Nortvedt (2021, s. 42-43) beskriver hvordan bl.a. sykepleiere har en plikt til å gi informasjon til pasienten som er tilpasset dem for å sikre at pasienten har den forståelsen og er orientert i situasjonen for å kunne delta i beslutninger. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har pasienten rett på informasjon rundt sin helsetilstand, helsehjelpen de mottar og skal også få informasjon om risikoer og bivirkninger som kan oppstå. I henhold til §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) skal informasjonen gis på en måte som er tilpasset pasienten, hensynsfull og slik at helsepersonellet kan forsikre seg at pasienten oppfatter hva informasjonen innebærer.

Pasienten kan trenge informasjon innen flere store temaer for å kunne styrke pasienten sin aktive deltakelse i rehabiliteringen av sin hjertesykdom (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 285). Pasienten kan ha behov for veiledning og informasjon rundt sykdomstilstanden og hva som kan forventes i tiden etter pasienten er utskrevet (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 384). Videre kan mange oppleve seg uforberedt og med manglende kompetanse hvor den første tiden kan preges av usikkerhet og ubesvarte spørsmål. Informasjon og veiledning innen sykdomslære og legemiddelbruk kan gi pasienten en økt forståelse for hvordan hjertet ser ut, fungerer og hvordan sykdom og symptomer kan påvirke hjertet og kroppen (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 386-387). Legemidler har ulike virkninger og bivirkninger som pasienten trenger kunnskap om for å kunne ta disse som forskrevet, men også for å evaluere effekten av disse. Veiledning rundt god ernæring er også en viktig del av forebyggende tiltak, da et sunt kosthold kan redusere risikoen for videre utvikling av aterosklerose og et mulig nytt hjerteinfarkt (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 389). Informasjon om fysisk aktivitet og trening er et annet forebyggende tiltak da god fysisk form kan bidra til et lavere blodtrykk og en økt styrke og utholdenhet til dagligdagse aktiviteter (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 392). Etter utskrivelse kan pasienten allerede da starte med lett mosjon, mens man bør vente et par

uker med aktiviteter som er mer fysisk anstrengende.

#### 2.4.2 Å kommunisere informasjon

Selve informasjonen man gir er viktig for å fremme medvirkningen hos pasienten, men dette forutsetter også at man som helsepersonell bør gi informasjonen på en god måte. Dette innebærer ikke bare at man kommuniserer den informasjonen pasienten selv har behov for, men også at den blir formidlet med en form som gjør at pasienten kan forstå og bruke den uavhengig av situasjon og møte med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 217). Å kommunisere kan beskrives som å dele tegn og signaler mellom personer enten gjennom verbale ord eller nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 17). Helsepersonellet bør i samtaler med pasienten ha en åpen og anerkjennende fremtoning, gjennom å vise at man lytter til pasientens ord og nonverbale hint og antydninger (Eide & Eide, 2017, s.17). Formidlingen bør videre foregå som en dialog og med pasientens perspektiv som utgangspunkt (Eide & Eide, 2017, s. 218). Dersom pasienten har vansker for å uttrykke ønsker og behov, kan sykepleieren f.eks. gjenta eller reformulere det pasienten forteller (Stubberud, 2022, s. 35). Dette kan være en måte å anerkjenne pasientens ord og samtidig sikre en bekreftelse av at kommunikasjonen er forstått hos begge parter. Videre kan det være en fordel å konsentrere seg fullt og helt til samtalen når informasjonen gis (Eide & Eide, 2017, s. 219). Noen kan oppleve at informasjonen gis samtidig som helsepersonellet f.eks. gjennomfører en prosedyre eller undersøkelse, som kan medføre at fokuset raskt kan skifte til det kroppslige i stedet for den viktige informasjonen. Å lytte aktivt i dialogen kan bidra til å vise at man som helsepersonell hører, ser og forstår pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 118-119). Aktiv lytting innebærer flere verbale og nonverbale uttrykk som bl.a. å stille åpne spørsmål for å oppmuntre pasienten til å dele egne tanker, ha øyekontakt, henvende seg mot pasienten i samtalen, gjenta viktige ord og tanker for å undersøke hva som er viktig for pasienten og gi dem mulighet til å presisere eller utdype.

Stubberud (2022, s. 35) trekker frem at flere pasienter i møte med helsetjenestene kan oppleve å ikke bli forstått eller lyttet til i møte med helsetjenestene. Evnen til å ta imot, oppfatte og huske informasjonen man blir gitt kan være redusert når pasienten er i en krevende situasjon som ved innleggelse (Eide & Eide, 2017, s. 218). Mange pasienter har gitt

beskjed om at de ikke har fått noen informasjon, mens helsepersonell derimot meddeler det motsatte (Eide & Eide, 2022, s. 219). Mulige årsaker beskrives videre som at viktig informasjon lett kan forsvinne i alle den nye informasjonen som en innleggelse innebærer av undersøkelser, diagnoser, nye ansikter å forholde seg til og bekymringer. Videre beskrives en annen årsak at helsepersonell ikke er tydelige nok på å vise at akkurat denne informasjon er viktig for pasienten å huske og forstå (Eide & Eide, 2017, s. 219). Flere pasienter rapporterer også at selv om de har fått informasjonen, er den ikke alltid like lett å forstå grunnet ord og uttrykk av medisinsk og juridisk karakter eller for betydelig informasjon (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 22-23). Det vektlegges videre at helsepersonell bør bruke et klart, tydelig og naturlig språk som pasienten kan forstå. Videre bør informasjonen kommuniseres til rett tid og på rett sted slik at informasjonen kan bidra til forutsigbarhet over hva som skal skje, hvorfor og når for å bedre forberede pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 219). Disse holdepunktene kan være en vane for helsepersonellet som stadig jobber med dette, mens for pasienten kan mangel på slik forutsigbarhet skape en utrygghet og usikkerhet i situasjonene.

### 3. Metode

#### 3.1 Litteraturstudie som design

Denne oppgaven har en litteraturstudie som metode. I litteraturstudier samler man inn informasjon andre har innhentet gjennom f.eks. bøker, tidsskrifter, registre og andre informasjonskilder (Thidemann, 2023, s. 75). Hensikten med en slik metode er å sammenfatte oppdatert og relevant informasjon rundt problemstilling slik at leseren kan få en god innsikt rundt temaet (Thidemann, 2023, s.78).

#### 3.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen startet med innledende søk i ulike litteratur- og forskningskilder. I innledende søk vil man arbeide mot å få oversikt over temaet rundt valgt problemstilling (Thidemann, 2023, s. 81). Jeg søkte først etter oversiktsartikler innen temaet for å finne mulig søkeord til det systematiske søket (Thidemann, 2023, s. 81). Videre lette jeg i referanselistene, både i forskningsartikler, og i relevante kapitler i pensumlitteratur for å finne aktuelle studier.



### 3.2.1 PICO-skjema

I det systematiske søket førte jeg problemstillingen inn i PICO-skjema oppført i vedlegg 1. Skjemaet står som PIO da jeg ikke anså sammenligning som relevant for problemstillingen. PICO kan bidra med strukturering av spørsmålsformuleringen, klargjøre systematisk søk og kritisk vurdering av treff i søkene (Helsebiblioteket, 2021). Jeg fant noen aktuelle søkeord i det innledende søket og brukte videre SweMed+ for å finne engelske emneord (Helsebiblioteket, 2021). Aktuelle søkeord ble kombinert mer «OR» for å utvide søket innen samme emne, deretter kombinerte jeg emnene med «AND» for å avgrense søket (Helsebiblioteket, 2021). Systematiske søk med valgte artikler er dokumentert i vedlegg 2. Databasene som ble benyttet var PubMed, MEDLINE, CINAHL og Academic Search Elite som bl.a. inneholder tidsskrifter innenfor sykepleie, medisin og tverrfaglige artikler (Høgskulen på Vestlandet, u.å.), valgte artikler ble funnet i MEDLINE og CINAHL.

### 3.2.2 Søkekriterier

Fra de systematiske søkene har jeg videre hatt kriterier for inklusjon og eksklusjon for å avgrense søket ytterligere (Thidemann, 2023, s. 83-84). Inklusjonskriteriene innebar fagfellelvurderte artikler publisert i tidsskrifter de siste 10 årene for å finne oppdaterte forskningsstudier. Jeg ønsket hovedsakelig kvalitative forskningsartikler for å undersøke pasienters og sykepleieres erfaringer, opplevelser og deres samhandling; noe som kjennetegner denne forskningsmetoden (Thidemann, 2023, s. 76). Videre ble det inkludert behandlingen PCI da denne ofte var inklusjonskriterium i relevante studier og bidro til å avgrense søket. Jeg inkluderte artikler skrevet på engelsk og artikler som kunne overføres til norske forhold. Eksklusjonskriterier for utelatte artikler var publisert før 2013, skrevet på et annet språk enn engelsk, eller at jeg vurderte de som ikke relevant nok for min problemstilling.

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

Vurdering av artiklene startet ved å lese tittelen og vurdere mulig relevans. Videre leste jeg abstraktet for å få innblikk i studien og deretter mer overfladisk gjennom artikkelen for å finne relevante funn (Thidemann, 2023, s. 90). Jeg brukte sjekklister for kvalitative studier

for kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2021).

### 3.4 Analyse

Valgte artikler leste jeg grundig og reflekterende gjennom for å bedre forstå hva studien formidler og dens sammenhenger; først helhetlig og deretter ved å lese detaljene (Thidemann, 2023, s. 33). Dette har bidratt til å sammenfatte en tematisk analyse av studienes relevante funn for problemstillingen som presenteres i kapittel 4.

### 3.5 Etske overveielser

Jeg har i denne litteraturstudien benyttet kildehenvisning etter standarden for APA7th for å opprettholde akademiske normer, som er i tråd med de oppgavetekniske retningslinjene (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Alle beskrivelser av erfaringer har blitt anonymisert for å opprettholde taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven (1999, §21).

### 3.6 Metodediskusjon

Jeg har valgt ut fem kvalitative forskningsartikler jeg mener kan ha relevans for valgt problemstilling. Det bør merkes at jeg har gjort et utvalg basert på et systematisk søk som ikke nødvendigvis finner frem til den best og mest oppdaterte forskningen. Jeg kunne f.eks. benyttet andre søkeord og kombinasjoner i andre databaser for et mer kvalitetssikret utvalg av forskning, som bedre kunne belyst problemstillingen. Temaene hjerteinfarkt og pasientmedvirkning er store fagfelt med oppdatert forskning som kan gjøre utvalgsprosessen omfattende. Inkluderte studier i denne oppgaven var skrevet på engelsk, og kan medføre mistolkninger for språk og terminologi rundt forskningsmetoden og resultatene. Flere av studiene ble gjennomført i Norge noe som kan tyde på god overføringsverdi til aktuelle forhold. En av studiene var gjennomført i Iran og kan ha mindre overføringsverdi. Jeg inkluderte denne da fokuset var sykepleiers tilstedeværelse og kommunikasjon, noe jeg vurderte som overførbart til problemstillingen. Det kan likevel være forskjeller i f.eks. helsetjenester og holdninger som kan ha betydning for resultatene. Videre inkludert jeg enkeltmomenter fra studiene jeg anså som relevante. Dette kan medføre at aktuell informasjon ikke ble presentert eller at den helhetlige konteksten av studien ikke

kommer tydelig frem, noe som kan være misvisende ovenfor resultatene og hensikten med studien. Det er også brukt kapitler fra litteratur utenfor pensum, men jeg har benyttet disse da de kan gi et mer utdypende innblikk i temaet rundt problemstillingen.

## 4. Resultat

Denne litteraturstudien inkluderer 5 studier hvor resultat for hver enkelt studie er presentert i vedlegg 3. Tematiske funn fra studiene presenteres nedenfor.

### 4.1 Informasjon

Flere av studiene påpeker at informasjon er en forutsetning for å fremme pasientmedvirkning hos pasientene etter hjerteinfarkt, men at denne gjerne kan være mangelfull i flere av fasene av sykdommen (Bårdsgjerde et al., 2019; Bårdsgjerde et al., 2020; Valaker et al., 2017). Bårdsgjerde et al. (2019) trekker frem at mange av pasientene opplevde lite verbal informasjon i den akutte fasen av hjerteinfarkt, hvor noen forsøkte å forstå situasjonen gjennom handlingene til helsepersonellet. I en annen studie ble det påpekt at det kunne være utfordrende for sykepleiere å gi tilstrekkelig informasjon i denne fasen på grunn av alvorligheten av tilstanden til pasienten og at å sette i gang behandling ble høyere prioritert (Bårdsgjerde et al., 2020). Sykepleierne i samme studie gav både skriftlig og muntlig informasjon for å forberede behandlingen, men opplevde at mange ikke klarte å oppfatte viktig informasjon. Dette medførte videre at informasjon ofte måtte gjentas. Det kunne også virke betryggende dersom informasjon som ble gitt samstemte med hva andre helsepersonell hadde gitt tidligere (Bårdsgjerde et al., 2020; Svavarsdóttir et al., 2016).

Under behandlingen med PCI fortalte flere at helsepersonellet gav nødvendig informasjon som også var relevant for deres behandling og resultatene av denne (Bårdsgjerde et al., 2019). Andre rapporterte at de hadde fått lite informasjon rundt denne behandlingen og diagnosen (Valaker et al., 2017), og flere ønsket en tilpasset informasjon av hva som hadde skjedd og blitt gjort med akkurat dem (Svavarsdóttir et al., 2016). Noen sykepleiere rapporterte at de forsøkte å tilpasse informasjonen under behandlingen til den enkelte pasienten. De beskrev videre at ønske for informasjon varierte fra mest mulig til minst mulig,

og enkelte var i en alvorlig og redusert tilstand hvor kort og konkret informasjon ble vektlagt (Bårdsgjerde et al., 2020). I alvorlige og kompliserte tilfeller påpekte sykepleierne i samme studie at det kunne være etisk utfordrende å gi tilstrekkelig informasjon uten å overvelde pasienten dersom behandlingen og utfallet var mer usikkert.

I etterkant av behandlingen og ved utskrivelse ble det rapportert en varierende mengde informasjon. Enkelte var fornøyde og hadde fått både skriftlig og muntlig informasjon om videre behandling og rehabilitering, mens andre savnet at informasjonen var tilpasset til dem med konkrete eksempler på livsstilsendringer, og med spesifikke forslag til fysisk aktivitet man kunne gjøre etter utskrivelsen (Bårdsgjerde et al., 2019). Andre opplevde å få lite informasjon rundt både behandling og konsekvensene av kronisk hjertesykdom og at denne kunne være generell og vanskelig å anvende i sin egen hverdag (Valaker et al., 2017). Gjennomgående ble det rapportert mangelfull informasjon rundt medikamenter, hvordan disse virker, mulige bivirkninger og symptomer man skal se etter (Bårdsgjerde et al., 2019; Valaker et al., 2017). Enkelte pasienter ble lagt inn på sykehuset kort tid etter infarkt da de ikke hadde tatt medisinene som forskrevet (Bårdsgjerde et al., 2020). Det var utviklet oppdaterte brosjyrer med informasjon om bl.a. medisiner og om tiden etter utskrivelse som sykepleierne i samme studie delte ut, men flere opplevde at disse ofte ble liggende igjen etter at pasienten var dratt. Videre var det ingen klare bestemmelser på hvilken informasjon som var viktig å gi, og ofte gav legene informasjonen da sykepleierne brukte mye tid og ressurser på å koordinere hjemreise for pasienten (Bårdsgjerde et al., 2020).

Pasienter som ble informert om og deltok på hjerterehabilitering var svært fornøyde med tilbudet (Valaker et al., 2017; Bårdsgjerde et al., 2019). Disse pasientene vektla bl.a. at de hadde fått omfattende og tilpasset informasjon for å bedre forstå både hvordan hjertet fungerer, om sin hjertesykdom og hvordan livstil påvirker dette (Bårdsgjerde et al., 2019). Noen av pasientene fortalte også hvordan de lettere forstod informasjon under rehabiliteringen enn under den akutte hendelsen og dagene på sykehuset. Det var likevel pasienter som ikke fikk informasjon eller henvisning til hjerterehabilitering i løpet av sykehusinnleggelsen (Valaker et al., 2017). I studien til Bårdsgjerde et al. (2020) rapporterte

sykepleierne at de informerte pasientene om tilbudet før utskrivelse, men at det var flere som avslo tilbudet.

#### 4.2 Kommunikasjon

Måten informasjonen ble kommunisert på og kontakten pasienten hadde med den som gav den kom også frem i flere av studiene (Svavarsdóttir et al., 2016; Bårdsgjerde et al., 2019; Hojjatoleslami et al., 2023). Noen beskrev at det var vanskelig å vite hvem man skulle forholde seg til da alle var kledd likt og avdelingen var gjerne preget av stress og liten tid til pasientene og deres individuelle behov (Valaker et al., 2017). I en annen studie kom det likevel frem at til tross for høyt stressnivå fikk pasientene kontakt med sykepleierne dersom de trengte eller lurte på noe (Hojjatoleslami et al., 2023). For enkelte kunne det virke som en del av informasjonen under innleggelsen var mer en en-veis kommunikasjon hvor informasjon ble gitt til pasienten (Bårdsgjerde et al., 2019). En slik kommunikasjon, eller hvor helsepersonellet ikke lyttet eller respekterte pasientens kunnskap og ønsker, gjorde dem mindre troverdig og pasienten mindre mottakelig for informasjonen (Svavarsdóttir et al., 2016).

Det ble vektlagt å bruke et språk som pasienten kunne forstå for å forklare situasjonen rundt sykdommen deres (Svavarsdóttir et al., 2016; Hojjatoleslami et al., 2023). Pasienter presiserte at det var viktig at den som informerte så hele pasienten og deres pårørende, viste interesse, respekt og at de hadde tid og var til stede under samtalen (Svavarsdóttir et al., 2016). Dette førte til at pasienten var mer komfortabel i situasjonen og hadde lettere for å diskutere og dele om seg selv. Flere pasienter i samme studie fortalte at det kunne være vanskelig å diskutere tilstanden sin under sykehusinnleggelsen fordi det var mindre privatliv og presiserte at riktig informasjon til riktig tid var viktig.

#### 4.3 Motivasjon

Det kom frem at motivasjon er en betydelig faktor for pasientens medvirkning i egen helse gjennom forløpet av hjerteinfarkt. I studien til Bårdsgjerde et al. (2020) kom det frem at noen pasienter virket motivert og interessert tidlig i forløpet om hvilke endringer de kunne

gjøre fremover i eget liv. Sykepleierne i denne studien beskrev at prøvde å justere seg etter pasientens ønsker til tross for at tid og sted ikke var ideelt, for å bygge på motivasjonen og engasjementet til pasienten i øyeblikket. Flere sykepleiere mente at pasientens egen motivasjon og deres medvirkning var høyst nødvendig for å sikre en god rehabilitering og egen oppfølging av behandling (Bårdsgjerde et al., 2020).

Under samtaler rundt informasjon og veiledning ønsket flere pasienter at det var dem selv som hadde kontroll, men med en veiledning fra helsepersonellet (Svavarsdóttir et al., 2016). Noen pasienter hadde likevel ønsket at helsepersonellet hadde vært strengere og motivert mer om f.eks. et tiltak dersom pasienten hadde gjort noe galt eller ikke klart å følge et råd rundt egen behandling (Svavarsdóttir et al., 2016).

#### 4.4 Kompetanse

I flere studier ble det beskrevet at pasientens kompetanse rundt sykdommen, behandling og rehabilitering av denne var en viktig forutsetning for å fremme pasientmedvirkning (Bårdsgjerde et al, 2020; Svavarsdóttir et al., 2016). Bårdsgjerde et al. (2020) kommer det frem hvordan sykepleierne forklarer utfordringer med å sikre pasientmedvirkning på grunnlag av pasientens manglende kompetanse rundt sykdommen, og at dette ofte ledet til at helsepersonell gjerne tok beslutningene for dem. Videre ble det presisert at man bør være oppmerksom på at pasienten forstod situasjonen og konsekvensene av valgene dersom de skulle medvirke mer aktivt i behandlingen. I situasjoner hvor f.eks. det var mer usikkert hvilke behandlingsalternativ som var best, lyttet alltid helsepersonellet til pasientens ønsker og motivasjoner som ble tatt med i den endelige beslutningen (Bårdsgjerde et al., 2020). Flere studier trakk frem hvordan PCI-behandlingen ofte kan være effektiv og rask som resulterte i korte innleggelser og med flere bytter mellom sykehus dersom pasienten bodde lengre ute i distriktet (Bårdsgjerde et al., 2020; Valaker et al., 2017; Bårdsgjerde et al., 2019). Flere markerte hvordan dette kunne påvirke pasienten til en redusert forståelse av alvorret for sykdommen sin og noen også misforstå at de nå hadde en kronisk hjertesykdom. De fleste pasientene var ofte svært fornøyde med PCI-behandlingen, overrasket hvor effektivt det var og noen beskrev det som at dette virket som en rutinemessig behandling (Bårdsgjerde et al., 2019; Valaker et al., 2017). I en av studiene kom det frem at grunnet lite

informasjon i forbindelse med sykehusinnleggelse og utskrivelsen, var det flere pasienter som oppsøkte informasjon og kompetanse på egenhånd gjennom bekjente, pårørende, andre pasienter, internett og livsstil-apper for å finne informasjon (Valaker et al., 2017).

I studien til Svavarsdóttir et al. (2016) trekkes det frem at pasienter beskrev det som tillitsfullt og mer troverdig dersom de fikk informasjon og veiledning av noen med en profesjonell utdanning som f.eks. en sykepleier eller noen med relevant kompetanse og erfaring innen hjertesykdom. Mer troverdig var det også dersom dette samsvarte med informasjon de hadde fått tidligere, det pasienten allerede hadde av kompetanse og at informasjonen var bygget på faglig forskning fremfor helsepersonellet sine egne meninger eller beleilighet (Svavarsdóttir et al., 2016). Dersom pasientene opplevde at de hadde manglende kompetanse innen sykdommen sin, rapporterte flere at det var tryggende når helsepersonellet tok kontroll over situasjonen og beslutningene (Svavarsdóttir et al., 2016; Bårdsgjerde et al., 2019). Særlig i den akutte fasen vektla flere pasienter at helsepersonellet virket kompetente, rolige og tok raske og riktige beslutninger for pasientens behandling og det var tilsynelatende lite pasientmedvirkning i denne fasen grunnet tilliten til helsepersonellens kompetanse (Bårdsgjerde et al., 2019).

## 5. Diskusjon

Denne delen vil diskutere funn fra teori og forskning i lys av problemstillingen. Jeg har valgt å dele teksten inn i underpunkter for en mer sammenfattet og tematisk struktur.

Underpunktene består av pasientmedvirkning, informasjon og kommunikasjon.

### 5.1 Pasientmedvirkning

Pasienter kan oppleve en sårbarhet når andre har kontroll over livet deres, som ved behandling av hjerteinfarkt (Stubberud, 2021, s. 27-28). Videre kan denne sårbarheten både oppleves positivt, som en trygghet at noen håndterer situasjonen, eller negativt som at man er til bry eller at man opplever å miste kontroll over kroppen. Flere studier viser til at pasienter hadde positive opplevelser med behandlingen og hadde en tillit til helsepersonellet sin kompetanse, og at raske og riktige valg ble tatt i denne fasen

(Bårdsgjerde et al., 2019; Valaker et al., 2017). På en annen side viste en studie at sykepleiere hadde utfordringer med å sikre pasientmedvirkning i behandlingsfasen da både tid til å informere og pasientens nødvendige kompetanse rundt behandling var begrenset (Bårdsgjerde et al., 2020). Det kan tyde til at under behandling og i den akutte fasen kan det være betryggende når helsepersonellet med sin faglige kompetanse tar ansvar for beslutningene, selv om dette medfører en mindre grad av medvirkning hos pasienten.

Selv om de fleste pasientene var mindre delaktige under behandlingen, var ikke dette sammenfallende i alle tilfeller. Når behandlingsalternativ var uklart, ble pasientens motivasjoner og meninger tatt med i den endelige avgjørelsen (Bårdsgjerde et al., 2020). Resultat fra samme studie pekte dessuten på at særlig eldre syke pasienter ønsket å være delaktig i behandlingen, og ha mulighet til å velge bort omfattende inngrep. Resultatet er et interessant funn da det vises til at spesielt eldre pasienter kan innta en passiv pasientrolle (Stubberud, 2022, s. 38). I slike situasjoner fremmer man pasientmedvirkning gjennom samvalg sammen med helsepersonell og pasient og finner frem til det beste behandlingsalternativet (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 51). Heretter kan dette belyse at det foreligger muligheter for å fremme pasientmedvirkningen også i den akutte fasen, men at man bør anse den enkelte og deres sammensatte sykdomstilstand. I situasjoner hvor pasienter ønsker å velge vekk f.eks. inngrep, er det viktig at man fremdeles gjør pasienten oppmerksom på risikoer dette kan medføre, som presiseres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2).

Hjerterehabilitering kan være et tiltak for å fremme pasientens deltakelse i egen helse og behandling og anbefales alle som har gjennomgått et hjerteinfarkt (Norsk Hjerterefarkregister, 2023, s. 11). Pasienter i flere studier beskriver en tilfredshet med å delta i hjerterehabilitering eller lignende tilbud (Bårdsgjerde et al., 2019; Valaker et al., 2017). Det ble vektlagt hvordan informasjonen var mer tilpasset og de fikk en grundigere forståelse for sykdommen og dens sammenhenger med livsstilsendringer og annen behandling (Bårdsgjerde et al., 2019). Noen pasienter resonerte med at avstanden i tid fra den akutte hendelsen kanskje kunne ha innvirkning til å bedre forstå informasjonen, samt



evne til å delta mer aktivt i egen helse (Bårdsgjerde et al., 2019). Funnene kan tyde på at pasientene medvirker mer aktivt i egen helse i etterkant av utskrivelsen og gjerne spesielt ved deltakelse i mer tilrettelagt opplæring som ved rehabiliteringsprogrammer. Dermed bør sykepleiere informere om slike tilbud og motivere pasienten til å del i dette tilbudet. På en annen side kan dette være utfordrende da gjerne ikke alle er like motiverte for dette eller kanskje ikke ønsker å ta så stor del i egen helse. En annen studie påpeker hvordan sykepleiere informerte om rehabiliteringstilbud, men hvor de hadde inntrykk av de som hadde størst utbytte av tilbudet også var dem som takket nei (Bårdsgjerde et al., 2020). Det påpekes videre at flere pasienter opplevde å ikke motta noe informasjon rundt rehabilitering i løpet av sykehusoppholdet, eller at noen syntes programmet var for omfattende (Valaker et al., 2017). Dette gjenspeiles også med statistikk som viser til at det er rundt 30% som ikke mottar informasjon om rehabiliteringstilbud ved innleggelse, og i tillegg en mindre andel som benytter seg av tilbudet (Norsk Hjerteinfarktregister, 2023, s. 11).

## 5.2 Informasjon

Kristoffersen & Nortvedt (2021, s. 55) påpeker at pasienter ofte både ønsker og trenger informasjon rundt sin helsetilstand. Informasjon og veiledning er samtidig viktige elementer for å fremme medvirkning hos pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381) og kan være viktige forutsetninger for å sikre aktiv deltakelse gjennom behandlingsforløpet og bidra til at pasienten opplever en mestring (Stubberud, 2022, s. 37-38). Informasjon kan likevel oppleves som mangelfull for flere pasienter, og noen mener de ikke har fått den viktige informasjonen i det hele tatt (Eide & Eide, 2017, s. 219). Dette kommer også frem i flere studier som har undersøkt pasienter etter hjerteinfarkt, hvor flere pasienter trekker frem at det var lite eller varierende informasjon gjennom behandlingsforløpet fra innleggelse til utskrivelse, og i etterkant (Valaker et al., 2017; Bårdsgjerde et al., 2019). Pasientenes opplevelser av mangel på informasjon kan tyde på at det foreligger et større behov for at sykepleiere bør sikre at informasjon ikke bare blir gitt, men også forstått av pasienten gjennom behandlingsforløpet.

Sykepleiere er pliktige til å informere pasienten slik at pasienten kan delta i beslutninger

rundt behandlingen (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42-43). Informasjonen skal også gis på en hensynsfull måte og tilpasses den enkeltes forutsetninger for å forstå den (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Det kan være viktig å ta hensyn til at pasientene man møter er enkeltindivider med egne ønsker og behov. Hva noen ønsker og trenger, vil ikke nødvendigvis være det samme for den neste. Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 8) beskriver hvordan spørsmålet «hva er viktig for deg?» bør være sentralt i når man samhandler med pasienten. Spørsmål som dette kan gi pasienten mulighet til å angi hvilken informasjon de personlig trenger. Sykepleiere kan videre tilpasse hvilken informasjon som bør vektlegges til akkurat den pasienten.

Flere pasienter trekker frem at de ønsket mer kunnskap rundt bl.a. legemidler, symptomer og livsstilsendringer i etterkant av sykehusoppholdet (Bårdsgjerde et al., 2019; Valaker et al., 2017; Svavarsdóttir et al., 2016). Empowerment omhandler bl.a. å underbygge pasientens ressurser slik at pasienten bedre kan mestre sin sykdomstilstand (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). Når det gjelder begrepet empowerment sett sammen med medvirkning, kan man styrke ressursene til pasienten gjennom informasjon slik at pasienten øker sin kompetanse (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). Dette kan videre øke deres forutsetninger for å medvirke i egen helsekompetanse da de f.eks. har kunnskap rundt viktigheten av å ta medisiner som forskrevet, og da også kan ha økt forutsetning for å følge opp denne behandlingen på egenhånd.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) vektlegger at informasjonen ikke bare skal utdeles, men man skal forsikre seg at den også er mottatt og forstått så langt det er mulig. Resultater fra en av Bårdsgjerde et al. (2020) sine studier viser til at sykepleiere ofte gav informasjon, men hadde inntrykk av at pasienten ikke alltid hadde evne til å huske eller forstå informasjonen, spesielt under behandling og ved utskrivelse. Særlig påpekte sykepleierne at de var bekymret for at pasientene ikke hadde nok informasjon rundt medisiner og kunne oppleve at pasienter ble lagt inn på nytt da de ikke hadde tatt dem (Bårdsgjerde et al., 2020). I samme studie utarbeidet de brosjyrer med viktig informasjon om rehabiliteringen pasienten burde følge opp, men opplevde at disse ofte ble liggende igjen da

pasienten var dratt. Skriftlig informasjon om hva pasienten kan forvente etter hjemreise, hvilke endringer man selv kan gjøre, og hvilke bivirkninger eller symptomer man bør være oppmerksom på, kan være et godt tiltak. Dette kan gi pasienten mulighet til å finne fram til informasjonen dersom de ikke husker eller var mottakelig for den ved innleggelsen, og kan da også være en mer aktiv deltaker rundt sin egen rehabilitering ved å søke etter informasjon når man selv føler seg mer klar for det. Dette vil likevel medføre en utfordring for sykepleiere til å forsikre at informasjonen er forstått ettersom den da kun utdeles, og det kan være vanskelig å vurdere om pasienten har oppfattet den riktig. Dette kan som følger øke risikoen for mistolkninger av informasjonen. Det kan være viktig å gjenta informasjonen som blir gitt i en krisesituasjon som hjerteinfarkt (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 279). Ved å gjenta informasjonen flere ganger, kan dette bidra til pasienten bedre kan huske hva som er blitt sagt, i tillegg kan det vektlegge at informasjonen som blir gjentatt også er viktig. Man kan også oppfordre pasienten til å gjengi informasjon for å få inntrykk om pasientens forståelse samsvarer med informasjonen man gir.

### 5.3 Kommunikasjon

Medvirkning hos pasienten forutsetter som nevnt at man har informasjon rundt sykdommen og behandling. For å fremme informasjon kan det også være gunstig å legge vekt på måten man kommuniserer den, både gjennom sykepleierens ord og væremåte. Når informasjonen skal kommuniseres kan det være en fordel at selve samtalen mellom sykepleier og pasient er i fokus (Eide & Eide, 2017, s. 219). I flere studier ble det påpekt at pasientene opplevde en trygghet av tilstedeværelsen i samtalen (Svavarsdóttir et al., 2016; Hojjatoleslami et al., 2023). Pasienten var mer komfortabel med å dele tanker og spørsmål, samt mer mottakelig for informasjon når den som informerte viste at de var til stede (Svavarsdóttir et al., 2016). Sykepleiere bør fremtre på en måte som viser at man tar seg tid til pasienten. Dette kan f.eks. være gjennom å sette seg ned, opptre rolig og avslappet, henvende seg mot pasienten og vise interesse for deres tanker og meninger.

Det kan i enkelte situasjoner være en utfordring å sette seg ned med pasienten. Flere studier trekker frem at sykehusopphold ved hjerteinfarkt kan være oppdelt og kortvarig da

pasienten flyttes mellom avdelinger, sykehus eller kan skrives ut allerede dagen etterpå (Bårdsgjerde et al., 2019; Bårdsgjerde et al., 2020; Valaker et al., 2017). I studien til Valaker et al. (2017) pekes det på at sengeposten etter behandling var preget av stress og tidsbegrensninger. I tillegg var det vanskelig å vite hvem man skulle forholde seg til da alle hadde like uniformer. Tidsbegrensninger kan kanskje gjøre terskelen høyere for å ta seg tid til å sette seg ned med pasienten ettersom det gjerne er mange andre oppgaver som også skal utføres. Det kan være tilfeller hvor man utvikler en uvane for å informere mens man utfører en annen oppgave som f.eks. et stell eller undersøkelse (Eide & Eide, 2017, s. 219). Gjennom praksis har jeg opplevd at en del informasjon utveksles samtidig som man f.eks. måler et blodtrykk av pasienten. Det er gjerne når man er til stede hos den enkelte at pasienten spør spørsmål angående helsetilstanden. Det kan være tidseffektivt å gjøre begge deler samtidig, men fokuset kan gjerne forsvinne bort fra selve samtalen noe som kan medføre negative opplevelser. Dette kan være at pasienten føler seg mindre anerkjent og til bry ved at man ikke har tid til å fokusere på oppgavene hver for seg. I tillegg kan det medføre en risiko for at informasjonen ikke blir tilstrekkelig oppfattet da fokuset hos pasienten også kan være mer sentrert rundt blodtrykket som måles enn svarene som blir gitt. Samtalen bør preges av en anerkjennende fremtoning som viser pasienten at man lytter, er interessert og forstår hva pasienten ønsker å uttrykke (Eide & Eide, 2017, s. 17). For å fremme dette i samtaler med pasienten, bør man som sykepleier vektlegge samtalen og informering som en egen oppgave og vise at dette er hvor fokuset ligger når man kommuniserer med pasienten.

Man kan videre sentrere fokus i samtalen ved å benytte ferdigheter som aktiv lytting for å bidra til diskusjonen rundt pasientens helse og oppmuntre pasientens perspektiver og tanker (Eide & Eide, 2017, s. 118-119). Aktiv lytting er sammensatt av mange ulike elementer av kommunikasjon, hvor både verbale og nonverbale uttrykk arbeider sammen. Videre kan slik aktiv lytting innebære øyekontakt, verbale oppmuntringer og stille åpne spørsmål som kan vise pasienten at man hører og forsøker å forstå pasienten i dialogen (Eide & Eide, 2017, s. 118-119). Svavarsdóttir et al. (2016) sin studie viser til at pasienter presiserte betydningen av at den som informerte viste at de hadde tid, var interessert og viste en respekt og forståelse for pasienten gjennom kommunikasjonen. Ved å anvende kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, kan dette bidra til at pasienten føler på en anerkjennelse og respekt i

samtalene. Dette kan kanskje også skape mer rom for at pasienten kan ta del i diskusjoner rundt helsetilstanden som videre kan fremme pasientens kompetanse og bedre forutsetningene for å medvirke i behandlingen.

Hvilke ord og uttrykk man bruker i dialog med pasienten kan også påvirke forutsetningene for om informasjon blir mottatt og forstått hos pasienten. I Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 22-23) påpekes det at informasjonen som utgis fra helsetjenester kan være for omfattende, både i mengde og innhold, men også grunnet ordvalgene. Planen viser videre til at det kan gjøre det vanskelig for pasienter å forstå og dermed også kan gå glipp av essensiell informasjon. Flere studier trekker frem at pasienter understrekte viktigheten av at sykepleiere og helsepersonell både kommuniserte og forklarte informasjon med et språk og ord som pasienten kunne forstå (Svavarsdóttir et al., 2016; Hojjatoleslami et al., 2023). Man bør være oppmerksom på å kommunisere all informasjon man gir med et ordvalg og forklaringer som den enkelte pasienten har forutsetninger for å forstå. Dette presiseres også under de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2023) om å forsikre pasientens forståelse av informasjonen. Ved å benytte et naturlig og tilpasset språk, kan dette også bidra til å inkludere pasienten bedre i samtalen og diskusjonen. Dette kan gjerne medføre en mer aktiv deltakelse og kan bedre forutsetningene for å øke kompetansen om helsetilstanden.

## 6. Konklusjon/Avslutning

Pasienters medvirkning og dermed deres aktive deltakelse i egen sykdom og behandling, får et stadig større fokus for utførelsen og utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Selv om færre har blitt rammet av hjerteinfarkt de siste årene, er akutt hjerteinfarkt en utbredt og alvorlig sykdom som krever behandling og rehabilitering, hvor sistnevnte gjerne spesielt forutsetter pasientens egen medvirkning. Med en mer effektiv og rask behandling, i tillegg til korte og oppstykkede innleggelse, kan dette medføre utfordringer for å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele forløpet. Det kan tyde på et behov for å bedre organisere informasjonen som gis. Sykepleiere har likevel en viktig pedagogisk rolle for å understøtte pasientens kompetanse og dermed fremme forutsetningene for pasientens medvirkning og

mestring i sykdommen. Sykepleieren har et ansvar for å gi pasienten tilstrekkelig informasjon ved å gi riktig og tilpasset informasjon til den enkelte pasient. Videre bør man forsikre at informasjonen forstås og oppfattes riktig. Informasjonen bør i tillegg kommuniseres på en god måte for å fremme en dialog og et samarbeid med pasienten som gir rom for, anerkjenner og respekterer deres perspektiv som videre kan fremme medvirkningen.

## Litteraturliste

- Ariansen, I. K. H., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2021, 26. november). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge: Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Bårdsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M. & Hole, T. (2019). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *The Journal of Advanced Nursing* 75(5), 1063-1073.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13931>
- Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing Open* 7(5), 1606-1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis.no*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hojjatoleslami, S., Sadeghi, A., Negarandeh, R., Soltanian, A. R. & Borzou, S. R. (2023). Nurses' healing presence: A panacea for the comfort of acute coronary syndrome patients in CCU, a qualitative study. *Nursing Open* 10(6), 3744-3753.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.1631>
- Høgskulen på Vestlandet. (2022, 11. september). *Tekniske retningslinjer for oppgaveskriving*.  
<https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Hentet 25. mai 2024 fra  
<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie – relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 29-78). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og

omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Norsk Hjerterefarkregister. (2023, 4. juli). *Hjerterefarkt i Norge: Rapport for pasienter og pårørende: Vedlegg til årsrapport for Norsk hjerterefarkregister 2022*. St. Olavs hospital HF & Helse Midt-Norge.

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-07/Pasientrapport%20-%20Norsk%20hjerterefarkregister.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

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

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D. -G. (2021). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D. -G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, D. -G. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med hjertesykdom. I D. -G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg., s. 29-63). Cappelen Damm Akademisk.

Stubberud, D. -G. & Eikeland A. (2022). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D. -G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 265-294). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, D. -G. & Ellingsen, T. -L. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D. -G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg., s. 377-400). Cappelen Damm Akademisk.

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.

<https://doi.org/10.1177/1474515115618569>

- Thidemann, I. -J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.
- Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M. -B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S. & Fridlund, B. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444-452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>
- World Health Organization. (2020, 9. desember). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Ørn, S. (2022). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 77-100). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2022). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 153-188). Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Vedlegg

## Vedlegg 1 – PICO-skjema

PICO	Søkeord på norsk	Søkeord på engelsk
<b>P – Population/Problem</b> Personer etter gjennomgått hjerteinfarkt	Hjerteinfarkt, akutt koronart syndrom	Myocardial infarction, heart attack, cardiac arrest, acute coronary syndrome, percutaneous coronary intervention
<b>I – Intervention</b> Sykepleie  Kommunikasjon, informasjon  Omsorg Pasientmedvirkning	Sykepleie, sykepleiere, sykepleier  Kommunikasjon, informasjon, informere  Omsorg, tilstedeværelse Pasientmedvirkning	Nursing, nurses, nurse, nursing care  Communication, communicate, inform, informing, information  Care, comfort, presence Pasient participation, patient involvement
<del><b>C – Comparison</b></del> Ikke relevant i denne søkeprosessen		
<b>O – Outcome</b> Forebygge  Rehabilitering	Forebygge, forebygging  Rehabilitering, rehabilitering, hjerterehabilitering	Prevent, prevention, intervention  Rehabilitation, rehabilitate, cardiac rehabilitation

## Vedlegg 2 – Søkehistorikk

<b>Database:</b> MEDLINE (EBSCO)			
<b>Dato:</b> 04.05.2024			
<b>Søk nr.</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Utvalgt artikkel</b>
S1	Nursing	1 068 104	
S2	Nurse	296 245	
S3	Nurses	299 716	
S4	Nursing care	61 863	
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	1 194 560	
S6	Acute coronary syndrome	37 941	
S7	Percutaneous coronary intervention	72 854	
S8	Myocardial infarction	283 990	
S9	S6 OR S7 OR S8	338 713	
S10	Patient participation	32 337	
S11	Patient involvement	19 794	
S12	S10 OR S11	34 777	
S13	S5 AND S9 AND S12	57	
S14	S5 AND S9 AND S12 (2013-2024) (Peer reviewed)	30	<p>«Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway.» Bårdsgjerde et al., 2019</p> <p>«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway.» Bårdsgjerde et al., 2020</p> <p>«What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease» Svavarsdóttir et al., 2016</p>

<b>Database:</b> CINAHL (EBSCO)			
<b>Dato:</b> 06.05.2024			
<b>Søk nr.</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner (avgrensninger)</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Utvalgt artikkel</b>
S1	Nursing	748 437	
S2	Nurses	386 863	
S3	Nurse	268 184	
S4	Nursing care	66 013	
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	943 964	
S6	Myocardial infarction	71 017	
S7	Acute coronary syndrome	12 384	
S8	Cardiac arrest	23 444	
S9	Heart attack	34 123	
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	102 424	
S11	Communication	206 146	
S12	Information	579 632	
S13	S11 OR S12	741 422	
S14	S5 AND S10 AND S13	656	
S15	Comfort	22 386	
S16	Care	1 639 062	
S17	Presence	189 908	
S18	S15 OR S16 OR S17	1 806 043	
S19	S14 AND S18	464	
S20	S14 AND S18 (2013-2024) (English)	184	<p>«Nurses' healing presence: A panacea for the comfort of acute coronary syndrome patients in CCU, A qualitative study.» Hojjatoleslami et al., 2023</p> <p>«Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings.» Valaker et al., 2017</p>

## Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Forfatter (år) Tittel Doi Land	Formål	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kommentar og relevans
Bårdsgjerde et al. (2019) «Patients´ narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway»  <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13931">https://doi.org/10.1111/jan.13931</a>  Norge	Hvordan pasienter uten PCI- senter i nærheten opplever pasientmedv irkning i de ulike fasene i forløpet til et hjerteinfarkt	Kvalitativ studie	10 deltakere ble intervjuet 2-5 måneder i etterkant av hjerteinfar ktet. 8 menn og 2 kvinner mellom 37-79 år.	Mangel på informasjon i akutt fase. Ofte plutselige eller diffuse symptomer gjorde at enkelte ikke forstod at det var et pågående hjerteinfarkt. Flere fikk lite informasjon i denne fasen og noen forsøkte å forstå gjennom handlingene til helsepersonellet. Flere beskrev en tillit til helsepersonellet under behandlingen. Mange satt pris på at de var rolige, virket godt kvalifiserte og i kontroll. Flere foretrakk å ha pårørende til stede i akutt fase, men at det ikke var nødvendig etter PCI. Varierende informasjon ved utskrivelse: Noen fikk både muntlig og skriftlig (oppskrift eller instruksjonsbok). Andre hadde foretrukket tilpasset og konkret informasjon for å begynne livsstilsendringer med en gang. Flere fikk lite informasjon rundt medisiner om virkning og bivirkninger og hvor lenge disse skulle tas. Flere var også bekymret og gjern selv ansvarlig for å komme seg hjem uten særlige	<u>Svakheter:</u> Undersøkt ved to sykehus  <u>Relevante</u> <u>tema:</u> Varierende og mangelfull informasjon  Trygghet og tillit til helse- personell i akutt fase  Økende pasient- medvirkning gjennom forløpet  Positive opplevelser med hjerte- rehab- ilitering

				<p>personlige eiendeler.</p> <p>Alle deltok i hjerterehabilitering og hadde positive opplevelser med dette. Her fikk de informasjon, kunnskap og forståelse, samt oppfølging. Flere opplevde det som motiverende å møte andre og med et økt egenansvar for sin helse. Noen noterte også at avstanden fra den akutte hendelsen gjorde at de var mer mottakelig for informasjon.</p>	
<p>Bårdsgjerde et al. (2020)</p> <p>«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»</p> <p><a href="https://doi.org/10.1002/nop2.544">https://doi.org/10.1002/nop2.544</a></p> <p>Norge</p>	<p>Hvordan sykepleiere har inntrykk av pasientmedvirkning i de ulike fasene i forløpet til et hjerteinfarkt</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>22 deltakere mellom 24-58 år ble intervjuet i fokusgrup per. 3 menn og 19 kvinner.</p>	<p>Alvorligheten av pasientens helsetilstand gjorde det krevende å informere pasienten i den akutte fasen. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon i forkant av behandling, men flere opplevde at pasienten hadde vansker med å ta til seg informasjon og forstå alvorligheten av egen tilstand. Det var tryggende at legen gav samme informasjon. Fokus på at pasienten var klar over konsekvensene av deres valg ved medbestemmelse i behandling. Eldre ønsket gjerne mer medbestemmelse i behandling med tanke på inngrepet. Variasjon i bevissthet under behandling. Fokus var å holde behandlingen rolig. Det var</p>	<p><u>Svakheter:</u></p> <p>Undersøkt ved to sykehus</p> <p><u>Relevante tema:</u></p> <p>Vansker med å sikre fullstendig informasjon og medbestemmelse i den akutte fasen</p> <p>Tilpasse informasjon og medvirkning til pasienten under behandling</p>

				<p>ulike reaksjoner, noen ville vite alt, andre vil ikke vite noen ting. Vanskelig å fremme medvirkning under behandling da sykepleiere opplevde begrensninger i tid og pasientens kunnskap rundt behandling. Ved kompliserte sykdomstilfeller oppleve sykepleiere det utfordrende å gi informasjon om tilstanden og etisk utfordrende å gi kun litt informasjon for å ikke overvelde pasienten, men som gjerne ikke gav et realistisk bilde av alvoret. Kort og oppstykket etter behandling og ved utskrivelse gjorde det utfordrende å møte pasientene. Samarbeid med lege og avdelinger for å sikre kontinuitet i informasjon. Det var ingen standardisering i hvilken informasjon som skulle gis før utskrivelse. Hvor involverte pasienter var i sekundærforebygging varierte. Sykepleierne presiserte at en forutsetning for pasientmedvirkning i medisinske forhold krevde en kunnskap og informasjon om temaet og at pasienten forstod hva dette innebar. Denne mangelen ledet ofte til at helsepersonell tok beslutninger på vegne av</p>	<p>Mangel på kontinuitet etter behandling og ved utskrivelse</p> <p>Pasientmedvirkning og pasientens motivasjon var essensielt for hjerterehabilitering</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>pasienten. Ved usikkerheter om beste behandlingsalternativ ble likevel alltid pasientens tanker og motivasjoner tatt med i betrakting. Som regel gav leger informasjon ved utskrivelse da sykepleiere brukte mye tid på andre forhold som å koordinere hjemreise.</p> <p>Flere var bekymret for pasientene etter utskrivelse og for at de ikke hadde nok informasjon, spesielt rundt medikament. Flere opplevde at pasienter ble lagt inn på nytt fordi de hadde sluttet med medisinene. Brosjyrer ble utviklet og sendt med, men disse ble ofte liggende igjen. De forsøkte å motivere til hjerterehabilitering, men opplevde at dem som trengte det mest takket nei.</p> <p>Inkludering av pårørende kunne styrke pasienten til å ta del forebyggende behandling. Pasientmedvirkning var essensielt for hjerterehabilitering, men man var avhengig av pasientens motivasjon.</p>	
Valaker et al., (2017)  «Continuity of care after	Hvordan pasienter opplever kontinuitet i overgangen	Kvalitativ studie	22 deltakere ble intervjuet 6-8 uker i	De fleste var svært fornøyde med selve behandling og overrasket over hvor rask den var. De satte pris på at helsepersonellet virket	<u>Svakheter:</u> Undersøkt ved ett sykehus



<p>percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings»</p> <p><a href="https://doi.org/10.1177/1474515117690298">https://doi.org/10.1177/1474515117690298</a></p> <p>Norge</p>	<p>mellom primære og sekundære nivåer i helsetjenest en etter tidlig utskrivelse i forbindelse med førstegangs PCI-behandling.</p>		<p>etterkant av førstegangs PCI-behandling . 13 menn og 9 kvinner.</p>	<p>kompetente og samarbeidet godt under prosedyren. Avdelingene hadde stressende miljø hvor sykepleierne hadde liten tid til den enkelte. Vansker med å vite hvem man skulle forholde seg til, mange personale å forholde seg til. Utskrivelsene var oppstykkede med mye uklarhet i hvem som hadde hvilket ansvar. Flere opplevde mangel på informasjon om hverdagen i etterkant av infarkt. Flere hadde ikke klare avtaler for oppfølging med fastlege i etterkant. Flere hadde ikke blitt informert eller henvist til hjerterehabilitering.</p>	<p><u>Relevante tema:</u></p> <p>Varierende og mangelfull informasjon</p> <p>Trygghet og tillit til helsepersonell i akutt fase</p> <p>Liten kontinuitet i forløpet</p>
<p>Hojjatoleslami et al. (2023)</p> <p>«Nurses' healing presence: A panacea for the comfort of acute coronary syndrome patients in CCU, a qualitative study»</p> <p><a href="https://doi.org/10.1002/nop2.1631">https://doi.org/10.1002/nop2.1631</a></p>	<p>Hvordan pasienter med akutt koronart syndrom opplevde sykepleieres tilværelse som pleiende ved akutt avdeling</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>27 deltakere ble intervjuet på avdelingen . 22 menn og 5 kvinner mellom 42-83 år.</p>	<p>Bruk av gode ord, tone, godhet og respekt i samhandling med pasientene økte komfort, forståelse og trygghet hos pasientene. Individuell og behovsbasert informasjon økte pasientens forståelse for egen helse, gav bedre helsemessige resultat og støttet pasientens involvering i behandling og helse Sykepleierne forklarte og brukte ord og uttrykk slik at pasienten bedre forstod situasjonen.</p>	<p><u>Svakheter:</u></p> <p>Undersøkt ved ett sykehus</p> <p><u>Relevante tema:</u></p> <p>Kommunikasjon tilpasset pasienten</p> <p>Tilpasset informasjon</p> <p>Omsorg og</p>

Iran				Pasientene opplevde sykepleierne som omsorgsfulle med oppmerksomhet til deres behov ved å være tilgjengelige og støttende slik at pasienten ikke var alene.	oppmerksomhet til pasientens behov
Svavarsdóttir et al. (2016) «What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease» <a href="https://doi.org/10.1177/1474515115618569">https://doi.org/10.1177/1474515115618569</a> Island og Norge	Undersøke hvilke kvaliteter pasienter med en koronar hjertesykdom ser i en god underviser	Kvalitativ	17 deltakere ble intervjuet mellom 1,5-19 måneder etter PCI. 9 menn og 8 kvinner mellom 47-72 år	Det var viktig at underviser viste at de var kompetente ved å forklare og svare på spørsmål. Det var mer troverdig dersom informasjonen samstemte med det de hadde hørt av andre Ærlighet og å innrømme noe de ikke visste økte troverdighet Foretrakk informasjon fra f.eks. sykepleier, det viktigste var kunnskap innen fagfeltet Personlig relasjon eller kontakt økte troverdighet. At de lyttet, var interessert og så hele personen også med tanke på pårørende. Små samtaler om helt andre ting hjalp denne kontakten Mer avslappet og mottakelig for informasjon og åpnere når underviser viste at de hadde tid og viste respekt. Enveis kommunikasjon resulterte i mindre troverdighet og mindre mottakelighet Flere ønsket mer individualisering for å forstå	<u>Svakheter:</u> Undersøkt ved to sykehus  <u>Relevante tema:</u> Troverdighet  Kompetanse hos underviser  Relasjon og dialog  Individualisert informasjon  Kompetanse hos pasient

				<p>hva som hadde skjedd akkurat dem og hvorfor, brosjyrer var gjerne for generelle</p> <p>Noen visste ikke hvilken informasjon de trengte og satt da pris på å bli veiledet</p> <p>Tid og sted var viktig, flere hadde begrenset evne til å huske og forstå i løpet av innleggelsen, samt mangel på privatliv. Mer informasjon i ettertid og repetisjon var viktig.</p> <p>Pasienten i kontroll, men ønsket veiledning. Ønsket at underviseren var strengere dersom noe var gjort feil.</p> <p>Ønsket at veileder tok kontroll når tilstand var mer alvorlig eller pasienten følte de manglet kompetanse til å ta riktig valg.</p>	
--	--	--	--	--	--