



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Marthe Midtsundstad Haugli og Ann-Therese Aahlin

Veileder: Anna B. Smaradottir

Bacheloroppgave

Informasjon til hjerteinfarktpasienten

Information to acute myocardial infarction patients

Antall ord: 13624

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Sammendrag

Tittel Informasjon til hjerteinfarktpasienten / Information to acute myocardial infarction patients.

Formål Formålet med oppgaven er å øke kompetansen vår som sykepleier i forhold til hva slags informasjon hjerteinfarkt pasienten trenger, og kunne tilrettelegge situasjonen gjør at informasjonen blir tilpasset pasienten så godt som mulig. Informasjonen skal kunne føre til at pasienten mestrer situasjonen og hverdagen etter sykdommen har inntruffet.

Problemstilling Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge slik at pasienten får informasjon til å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt?

Valg av metode Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie, der vi har innhentet litteratur, både i form av pensum- og selvvalgtlitteratur for å besvare problemstillingen. I tillegg har vi brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Resultat og konklusjon God tilrettelegging/kartlegging, nok tid og individuell tilpasset informasjon vil sørge for at pasienten kan mestre sin situasjon etter utskrivelse fra sykehuset. Pasienten kan føle trygghet ved å vite at han/hun blir fulgt opp i ettertid.

HJERTE-SLAG

Du som tikker inni meg –
Hvorfor er du så urolig?
Hva er det som gjør
at du stundesvis danser calypso
vekslende med lat, død rytme
ispedd angst-skapende pauser?
Du hersker over meg,
gjør meg livredd!
Hvordan kan du?
del av meg, som du er - -
Vil du kanskje vise
hvem som har makten
over hele kroppsfabrikken

(Buberg, 1999).

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
1.2 <i>Presentasjon av case</i>	7
1.3 <i>Problemstilling</i>	8
1.3.1 <i>Utdyping av problemstilling</i>	8
1.4 <i>Avgrensing</i>	8
2.0 Metodekapittel	10
2.1 <i>Hva er metode?</i>	10
2.2 <i>Litteratursøk</i>	10
2.3 <i>Søkestrategi</i>	11
2.4 <i>Presentasjon av artikler</i>	13
2.5 <i>Kildekritikk</i>	14
3.0 Teoridel	17
3.1 <i>Hjerteinfarkt</i>	17
3.2 <i>Informasjon</i>	19
3.2.1 <i>Hvem skal informere?</i>	19
3.2.2 <i>Hva skal informasjonen inneholde?</i>	20
3.2.3 <i>Medikamenthåndtering</i>	21
3.2.3 <i>Hvordan skal informasjonen gis?</i>	23
3.2.4 <i>Når skal informasjonen gis?</i>	23
3.3 <i>Sykepleierens ansvar ved medikamenthåndtering</i>	23
3.4 <i>Mestring</i>	24
3.4.1 <i>Hva er en krise?</i>	25
3.4.2 <i>Mestringsstrategi</i>	26
3.4.3 <i>Stress</i>	26
3.5 <i>Joyce Travelbees sykepleieteori</i>	27
3.5.1 <i>Menneske - til - menneske forholdet</i>	28
4.0 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge slik at pasienten får informasjon til å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt?	30
4.1 <i>God tilrettelegging gir god informasjon</i>	30
4.2 <i>God informasjon skaper mestring</i>	35
5.0 Konklusjon	39
6.0 Litteraturliste	40

Vedlegg 1: PICO-skjema

1.0 Innledning

Det er omlag 15 000 pasienter som får akutt hjerteinfarkt i Norge per år, og halvparten av disse er under 74 år (Folkehelseinstituttet, 2014). Tallene viser at hjerteinfarkt er noe som rammer mange i løpet av et år, og at det er en pasientgruppe man i de fleste sammenhenger vil møte som sykepleier.

På bakgrunn av Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har det blitt kortere liggetid for pasienter på sykehus. I 2011 var det i gjennomsnitt 4,4 liggedøgn på sykehus, mens i 2012 var det gått ned til 4,1 liggedøgn (Statistisk Sentralbyrå, 2013).

Dette kan også ses i sammenheng med endret oppfølging og behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt. I 1920 gikk behandlingen av hjerteinfarkt ut på å gi pasienten varme omslag rundt hjerteregionen, drikke sterk kaffe, konjakk og portvin, mens i dag blir pasientene raskt diagnostisert og behandlet på sykehus (Mangschau & Skjæggestad, 2007). Fra å ligge på sykehus i alt fra 4-6 uker etter hjerteinfarkt, og i 3. uke kunne gå rundt sengen selv, kan pasientene i dag bli sendt hjem allerede dagen etter PCI (percutan koronar intervensjon)(Mangschau & Skjæggestad, 2007). Dette gjør behovet for informasjon større, da liggetiden på sykehuset er kort og at det skjer mye på kort tid.

Sykepleieren har en forebyggende og helsefremmende funksjon ovenfor pasienten med hjerteinfarkt. Funksjonen i dette tilfellet tar sikte på forebygging som en del av behandlingen etter hjerteinfarkt (Mæland, 2006). Man deler forebygging inn i tre deler, primær - , sekundær - og tertiærforebygging. Primærforebygging er rettet mot de som er friske, men som er spesielt utsatt for sykdom. Sekundærforebyggende tiltak handler om å identifisere og iverksette tiltak tidlig, og sette i gang behandlingstiltak (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Når man har fått et hjerteinfarkt har sykdommen allerede oppstått og sykepleieren får derfor en rolle med å fremme tertiærforebyggende tiltak (Almås et al., 2011). De tertiærforebyggende tiltakene skal sørge for å forhindre at det oppstår komplikasjoner rundt sykdommen og/eller at det oppstår nye helseproblemer (Almås et al., 2011).

Videre i dette kapittelet vil vi presentere bakgrunn for valg av tema og en virkelighetsnær case. Ut i fra casen har vi laget en problemstilling og tatt for oss en utdyping av denne. Til slutt kommer avgrensingen for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å fordype oss mer i temaet informasjon til hjerteinfarktpasienten fordi vi synes det er meget aktuelt med tanke på at vi som sykepleiere møter mange pasienter på ulike arenaer som enten får eller har hatt et hjerteinfarkt som trenger individuell tilpasning og oppfølging. Ut ifra praksiserfaringer er det mindre liggedøgn på sykehuset i forbindelse med et hjerteinfarkt som gjør det utfordrende for oss som sykepleiere å gi tilstrekkelig med informasjon til pasienten, samtidig som at samhandlingsreformen har gjort at det har blitt færre liggedøgn for pasienter på sykehus uansett diagnose. Det er mye som skjer på kort tid, og det kan bli vanskelig for pasienten å få med seg den informasjonen som blir gitt. Vi har sett pasienter som har vært svært engstelige og usikre rundt sin egen situasjon og hva som kommer til å prege deres hverdag i fremtiden. I tillegg har vi lært hvor viktig det er med god dokumentasjon på sykehus for å kartlegge pasientens behov, og dokumentere den sykepleien som er utøvd. Vi har også sett viktigheten med bruk av sykepleieprosessen, for å få en så individuell tilpasset sykepleie som mulig, ut ifra de behovene pasienten har (Rotegård & Solhaug, 2011).

I de situasjonene vi har opplevd, har vi følt at vi ikke har så mye kunnskap rundt akkurat dette med informasjon, annet enn å være et medmenneske. Derfor ønsker vi å lære mer om dette gjennom å skrive denne bachelor oppgaven, slik at vi kan hjelpe pasientene til å mestre situasjonen og hverdagen. Vår oppgave i forbindelse med dette, står nedfelt i Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999), samt Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (2011). Uansett hvilken sykdom eller lidelse pasienten har, er oppgaven til en sykepleier å se hele mennesket og alle de ulike behovene pasienten har, samt hva slags tilrettelegging og hjelp pasienten trenger i det daglige etter sykdommen har rammet (Travelbee, 2011). I de Yrkesetiske Retningslinjene for sykepleiere står det blant annet at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Sykepleieren skal ivareta behovet som den enkelte pasient har for helhetlig omsorg (Sykepleierforbundet, 2011).

1.2 Presentasjon av case

Vi har valgt å lage case om ei dame, som heter Trude Nilsen, 55 år. Trude bor sammen med sin mann og har tre voksne barn som har flyttet ut. Hun jobber til daglig som kontaktlærer på en ungdomsskole, der hun jobber 100 %, og er veldig tilfreds med jobben. På fritiden mosjonerer hun jevnlig sammen med mannen og er ellers slank med en KMI (kroppsmasse indeks) på 22. Trude har levd et godt og sunt liv, og har ikke hatt noen plager eller sykdommer. Hun har ikke noen spesiell erfaring fra helsevesenet som pasient.

Den siste tiden har hun hatt mange jern i ilden da hun snart skal bli bestemor, og i tillegg driver med eksamensforberedelser på jobben. En torsdag da hun skulle sykle hjem fra jobben følte hun seg plutselig uvel, samt plutselig innsettende smerter i øvre del av ryggen. Hun var ikke langt ifra hjemmet, der mannen ventet. Han ble bekymret for kona og valgte å ringe legevakten, der hun fikk time med en gang. På legevakten undersøkte legen henne og valgte å ta et EKG på grunnlag av de uspesifikke symptomene. Elektrokardiogrammet viste forandringer og legen har mistanke om et hjerteinfarkt. Det tas også blodprøve med tanke på hjertemarkører (troponin I og T). Trude får innlagt en PVK (perifer venekanyle) der hun får morfin og hun får oksygen på nesebrille, samt acetylsalisylsyre og nitroglyserinspray i munnen. Behandlingen hun får kalles MONA, og er viktig prehospital behandling for å minske skadene ved hjerteinfarkt. Hun blir videre henvist til sykehuset der hun får påvist et STEMI (ST-elevasjons myokardial infarkt) hjerteinfarkt og forhøyede troponinverdier. Hun blir fraktet videre i ambulanse til et universitetssykehus for angiografi (røntgenundersøkelse av hjertets koronararterier) og PCI (perkutan koronar intervensjon). Inngrepet går komplikasjonsfritt og hun blir sendt tilbake til lokal sykehuset dagen etter for videre oppfølging og behandling. Det er her vi som sykepleiere møter Trude. Hun kan ikke skjønne hvorfor dette har hendt henne og hun gir inntrykk av at hun vil holde situasjonen på avstand, og benekter det som har skjedd. Hun syns det er trygt på sykehuset, og gruer seg for å reise hjem. På grunn av at hun tidligere ikke har vært syk har hun lite kunnskap om hvordan hun skal mestre situasjonen, og særlig dette med medikamenter. Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å informere, slik at Trude kan mestre hverdagen sin etter sykdommen og innleggelsen på sykehuset.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av casen har vi kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge slik at pasienten får informasjon til å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt?

1.3.1 Utdyping av problemstilling

Vi ønsker med denne oppgaven å øke vår kunnskap som sykepleier med tanke på viktigheten av god informasjon til en pasient som Trude. Med tilrettelegging mener vi hvordan vi som sykepleiere kan kartlegge pasientens situasjon ut ifra sykepleieprosessen, funksjonsområder og dokumentasjon. Vi kommer til å bruke tilrettelegging- og kartleggings-begrepet om hverandre. Begrepet pasient bruker vi da Trude befinner seg på sykehuset. Travelbee (2011) beskriver begrepet pasient som et individ som er under pleie og behandling av lege eller andre helsearbeidere. Informasjonsbehovet er individuelt for hver enkelt pasient, ut ifra livssituasjon og bakgrunn for sykdommen (Almås et al., 2011). Pasienten vi har lagd case om har ingen sykdomserfaring fra før, som gjør det viktig for sykepleieren å tilpasse informasjonen ut ifra pasientens situasjon. Vi mener at riktig informasjon er viktig for at pasienten skal kunne mestre sin livssituasjon i tiden etter hjerteinfarkt, samt at sykepleieren har evne til å lese pasienten, for å vite når og hvilken informasjon som skal gis. Det er her sykepleierens forebyggende funksjon kommer inn. Sykdommen har i dette tilfellet allerede oppstått, det vil si at sykepleieren må ha sekundær – og tertiærforebygging i fokus (Almås, et al., 2011).

1.4 Avgrensing

Vi velger å bruke case fordi det er mer praksisnært. Samtidig er det lettere å sette seg inn i ting når man får et bilde av situasjonen pasienten befinner seg i. Casen gir også bedre oversikt over hva vi vil fokusere på. Vi vet at det finnes utallige brosjyrer og steder pasienten kan innhente informasjon om hjerteinfarkt. I de fleste av disse retter informasjonen seg mot risikofaktorer for å utvikle hjerteinfarkt. Eksempler på risikofaktorer er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, høyt kolesterol og røyking (Schenck – Gustavsson, 2011). I Hjertelig Informasjon (2011), en brosjyre fra Sykehuset Innlandet som gis til pasienter etter hjerteinfarkt, står det også om informasjon om medisiner, stress og sexliv. I denne oppgaven har vi valgt å trekke

frem spesielt informasjon om medisiner og hvordan takle stress ut ifra pasientens behov i casen, og størrelsen på oppgaven. Denne avgrensningen gjør det mulig for oss å sette oss dypere inn i de temaene vi har valgt, samt sykepleierens ansvar og håndtering av medikamenter.

Det kan oppstå mange komplikasjoner etter et hjerteinfarkt, blant annet arytmier og hjertesvikt. Vi har valgt en case om en pasient hvor behandlingen og inngrepet foregår komplikasjonsfritt, og velger derfor å se bort ifra dette på bakgrunn av lite kompetanse og av hensyn til antall ord.

Vi har valgt å fokusere på både kvinner og menn i forhold til hvilket informasjonsbehov de har, selv om vi har valgt en kvinne i casen. Forskningen vi har funnet omtaler begge kjønn som en helhet, hvor det ikke er noen forskjell på kvinner og menn i forhold til informasjonsbehovet og resultatet av studiene (Hanssen, Nordrehaug, Eide & Hanestad, 2007; Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2004; Jørgensen, Hole – Drabløs & Krogset, 2010; Kilonzo & O'Connell, 2011; Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006; Smith & Liles, 2006).

Vi har ikke valgt å skrive noe om pårørende i oppgaven, selv om vi vet at dette er en viktig ressurs for pasienter å mestre situasjonen etter sykdom. Grunnen til at vi ikke har tatt med dette i oppgaven er på bakgrunn av ordbegrensningen.

Kommunikasjon er en viktig del av det å informere pasienten, men dette har vi sett bort i fra i denne oppgaven med tanke på antall ord og for å begrense temaet. Kommunikasjon er et tema man kunne skrevet veldig mye om, og er såpass grunnleggende for sykepleieren. I denne oppgaven har vi derfor valgt å se det som en selvfølge at sykepleieren kan kommunisere på en god og tilfredsstillende måte.

I kapittelet om medikamenthåndtering har vi valgt å skrive kun om medikamentgrupper, da det finnes mange ulike synonympreparater på markedet. Samt at det er en lege som bestemmer hva hun skal bruke av medisiner i ettertid og noe ikke vi som sykepleiere har rådighet over.

2.0 Metodekapittel

I dette kapittelet vil vi beskrive hva en metode er, presentere hvordan vi har foretatt litteratursøk og søkestrategi, og et lite sammendrag av hvilke artikler vi har valgt å ha med i oppgaven. Til slutt presenterer vi kildekritikk.

2.1 Hva er metode?

Metode brukes for å finne relevant litteratur og kunnskap til det temaet oppgaven handler om. Litteraturen må være relevant slik at den kan svare på påstander i oppgaveteksten (Dalland, 2008). Dalland (2008) har sitert Vilhelm Aubert slik i sin bok:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (s. 83).

Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på litteratur og forskning som andre har foretatt, slik at vi kan lese og bruke deres arbeide til å besvare vår problemstilling, og å kritisk vurdere den informasjonen vi finner i de ulike kildene (Dalland, 2008). Litteraturen vi har valgt er både fra pensum- og selvvalgtlitteratur. Litteraturen som er valgt ut, settes opp til diskusjon, som kommer fram i drøftingsdelen av oppgaven. I tillegg til dette har vi skrevet om egne praksiserfaringer i oppgaven, samt kunnskap vi har tilegnet oss etter samtale med fagsykepleier på Medisinsk Overvåkning på Sykehuset Innlandet Elverum.

2.2 Litteratursøk

Litteratursøk handler om å søke seg frem til å finne relevant litteratur til oppgaven. Dalland (2008) skriver at litteratursøk har som mål å finne ut hva som er skrevet i litteraturen fra tidligere.

Dalland (2008) omtaler forskjellen på kvalitative og kvantitative metoder. Når forskningen baserer seg på tanker, følelser og meninger er det en kvalitativ studie. Dette er noe som ikke kan måles i for eksempel antall eller prosent. Den kvantitative metoden baserer seg på statistikk og det som er målbart (Dalland, 2008). I de forskningsartiklene vi har valgt ut, er det både brukt kvalitative og kvantitative metoder.

2.3 Søkestrategi

For å finne relevant litteratur har vi brukt biblioteket sine hjemmesider, samt søkemotoren Oria, i første rekke for å finne tidligere bacheloroppgaver. Vi har gjort dette for å sette oss inn i hvordan man bygger opp en slik oppgave, siden vi ikke har erfaring med å skrive en slik oppgave tidligere. Vi har også brukt Oria til å søke etter relevante bøker på temaet hjerteinfarkt, informasjon og mestring.

Først lagde vi en foreløpig problemstilling og fylte ut PICO-skjema ut i fra denne. PICO-skjema gjør det lettere og mer oversiktlig å finne fram og søke etter forskning. Fra begynnelsen søkte vi på "heart attack", noe vi senere fant ut kunne byttes ut med "myocardial infarction patients". Vi søkte på ordet "information", men fikk bedre treff når vi endret søket til "information needs" i noen databaser. Vi prøvde også søkeordet "learning needs", og fant ut at "information needs" og "learning needs" ga samme treff. Disse termene ga få, men spesifikke artikler til vår oppgave. Videre har vi brukt Mesh-termene "female", "middle aged", "nursing", "coping", "adaptation", "hjerteinfarkt" og "informasjon" for å få litt mer bredde i utvalget. Ordene har vi brukt i forskjellige kombinasjoner, for å få best mulige treff. PICO-skjema er lagt ved som vedlegg.

Gjennom høgskolens sine sider fant vi linker til ulike databaser. For å systematisere søket startet vi med å søke i SveMed+ som vi begge har brukt mye tidligere. Den 13.01.14 søkte vi i databasen på ordene "myocardial infarction patients", "information needs" og "nursing". Vi fikk ett treff, og denne artikkelen var ikke relevant for vår problemstilling. Vi foretok en ny søking på SveMed+ 23.01.14 med søkeordet "myocardial infarction patients" som ga 265 treff. For å få det enda mer spesifikt tilføyde vi "information" som ga 18 treff. Senere tilføyde vi "adaptation" som ga to treff, der en av artiklene ble lest. Det var en artikkel fra Sykepleien Fag som het Informasjon – veien til mestring. Vi prøvde å søke etter dette tidsskriftet på Oria, uten hell, og artikkelen var ikke publisert i fulltekst. Derfor var ikke denne artikkelen et alternativ for oppgaven.

I Cinahl søkte vi 14.01.14 på "percutaneous coronary intervention" og fikk 3153 treff. For å spesifisere søket mer, prøvde vi "nursing" og fikk 98 treff. Vi la på "learning needs", og fikk deretter 2 treff, hvor en av artiklene passet til vår oppgave.

Den 23.01.14 gjorde vi et nytt søk i Cinahl og brukte ”myocardial infarction patients” og fikk 11359 treff. Deretter la vi til ”information needs” og fikk 76 treff. Vi leste igjennom disse treffene og valgte etter litt gjennomgang en artikkel fra dette søket.

I McMaster Plus søkte vi den 14.01.14 på ordene ”myocardial infarction patients”, ”information” og ”nursing”. Vi avgrenset søket til kun sykepleie og fikk 32 treff, der vi leste 4 artikler. Artikkene hadde litt annet fokus enn det vi har i vår oppgave, og har derfor ikke valgt noen av disse.

23.01.14 søkte vi på EBSCOhost som er en samlingsdatabase, som betyr at flere ulike databaser er samlet i en og samme søkemotor. Denne databasen er også linket på høgskolebibliotekets hjemmeside. Her søkte vi også på ”myocardial infarction patients” og fikk 53116 treff. Vi spesifiserte det mer og tok med ”information”, som ga 4283 treff. Vi la på ”discharge” og fikk 436 treff. Vi prøvde å endre ”information” til ”information needs” og fikk 80 treff, og da valgte vi en artikkel.

De to siste artiklene vi presenterer i neste kapittel har vi fått ifra fagsykepleier på Medisinsk Overvåkning på Sykehuset Innlandet Elverum. Hun har videreutdanning i intensiv - og kardiologisk sykepleie, og noen av forfatterne på de artiklene vi fikk er skrevet av lærere ved videreutdanningen for kardiologisk sykepleie i Bergen.

For å finne norske artikler har vi søkt for det meste på sykepleien.no, der vi fant en artikkel som kan svare på problemstillingen. Ved et enkelt søk på sykepleien.no, fikk vi ikke opp mange treff på søkeordene ”hjerteinfarkt” og ”informasjon”. Da vi leste igjennom en annen bacheloroppgave fra 2010, fant vi i referanselisten en artikkel som kunne være aktuell for vår oppgave. Vi søkte på denne og etter å ha lest igjennom den har vi valgt den til oppgaven.

Når vi ikke har funnet artikler i fulltekst, har vi brukt Google Scholar for å se om de kan ligge i andre databaser enn de skolen anbefaler. For å finne de ulike artiklene har vi søkt på forfatternavnene og deler av tittelen på artikkelen som i de fleste tilfeller har gitt treff.

2.4 Presentasjon av artikler

Hovedfokuset i artiklene vi har funnet er at de alle omhandler informasjon til pasienten, men de har vinklet det ut i ulike retninger.

En artikkel omtaler viktigheten av telefonoppfølging etter utskrivelse fra sykehuset, og hvilken nytte pasienten har av dette. I resultatet av studien har det vist seg at telefonoppfølging kan bedre pasienters psykiske stress, og fremme kunnskap og tilfredshet (Hanssen, Nordrehaug, Eide & Hanestad, 2006).

Informasjon som ikke når fram til pasienten vil føre til redusert mestringsevne, angst, samt redusert psykisk og fysisk velbehag, i tillegg til at behandlingen kan bli dårligere. Pasientene sa at de ble godt ivaretatt på sykehuset, men at de ikke ble godt nok forberedt på konsekvensene etter hjerteinfarkt. Alle fikk brosjyrer om hjertesykdom og infarkt, og de fikk se en video sammen med helsepersonell. De synes dette var nyttig, men at det var vanskelig å relatere det til seg selv. Pasienten ble intervjuet om tiden på sykehuset, tiden like før utskrivelsen og tiden etter hjemkomsten (Hanssen, Nordehaug & Hanestad, 2005).

Studien til Brid Kilonzo & Rhona O'Connell (2010) viser at pasientene var mer bekymret for sin umiddelbare tilstand framfor den psykososiale og emosjonelle tilstanden. Sykepleier – pasientforholdet var viktig, og at det var tid til å fremme dette forholdet. Pasientene synes det var nyttig med individuell rådgivning og tid til diskusjon med sykepleieren. Det viste seg at dette var mer verdifullt for pasientene enn det var for sykepleieren. Den informasjonen pasienten fikk under den akutte fasen, var pasienten mer usikker på.

Studien til Else Jørgensen, Bjørg Hole-Drabløs & Johanne Krogset (2010) handler om pasientenes opplevelse av undervisningen, som varierte og det var individuelt hva slags informasjon den enkelte pasient hadde behov for hvor mye hver og en av pasientene oppfattet informasjonen som ble gitt. Forfatterne av denne artikkelen utarbeidet et nytt undervisningsprogram som skulle følge pasienten gjennom alle omsorgsnivåer, fra sykehuset til fastlege. Et slikt program kan gjøre det lettere for sykepleierne å gi nødvendig informasjon, og at den blir individuell og tilpasset den enkelte.

Denne artikkelen handler om å finne ut informasjonsbehovet til pasienter som har vært behandlet for hjerteinfarkt, men ikke er skrevet ut fra sykehuset enda. Pasientene ga uttrykk for hvilken informasjon de la mest vekt på som viktig etter et hjerteinfarkt. Resultatene var blant annet at de ønsket informasjon om medisiner, komplikasjoner etter hjemkomst og fysisk aktivitet (Smith & Liles, 2005).

Artikkelen vi valgte handler om den informasjon pasientene fikk på sykehuset, og hvor tilfredse de var med oppholdet. Hvis pasienten fikk mye informasjon av personalet, responderte de bedre på behandling, og de fikk bedre psykisk helse og livskvalitet etter utskrivelsen. Pasientene fikk minst informasjon om medisiner, livsstil og jobb etter hjemkomst, komplikasjoner i etterkant og sexliv. Det de fikk mest informasjon om var røyking, hva et akutt hjerteinfarkt er og årsaker til dette (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006).

2.5 Kildekritikk

Dalland (2008) beskriver kildekritikk som metoder for å finne ut om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2008).

Artiklene vi har valgt ut er fagfellebedømte, som vil si at de går igjennom en vurdering og blir kritisk gransket før de blir publisert i tidsskriftet.

Noen av artiklene vi har funnet passer rett inn i problemstillingen, mens andre gir mer dybde i oppgaven, og kan relateres til problemstillingen. Vi har valgt en norsk artikkel og fem engelske til oppgaven. Det har vært utfordrende å lese engelske artikler, og vi har brukt engelsk-norsk ordbok ofte under lesingen av disse. Det har vært en utfordring med setningsoppbygningen med å oversette til norsk, men vi har sett på helheten av artikkelen til slutt og det kan være at enkelte ord har blitt oversatt feil, men vi mener at vi har klart å se på helheten og forstått innholdet.

Vi har valgt å se på artikler fra 2004 og fram til dagens dato. Vi har vurdert innholdet i artiklene vi har valgt og om resultatene er noe som kan forandre seg drastisk fra år til år. Noen av bøkene vi har funnet er fra tidlig på 2000-tallet som vi anser som relevant for oppgaven. Vi har allikevel valgt å ta de med i oppgaven da de har stor faglig relevans. Det er antageligvis

ikke mye som har forandret seg i forhold til hva pasientene tenker og føler etter et hjerteinfarkt og hva de har behov for å vite.

I fire av de artiklene som vi har valgt, er studien gjort i Norge, tre av dem er publisert i tidsskrifter i Europa, mens den fjerde artikkelen er publisert i en norsk tidsskrift. Vi anser at forskningsartiklene kan sammenlignes med og er overførbare til norske forhold.

I artiklene vi har funnet er det brukt både kvantitative og kvalitative metoder, med spørreundersøkelser og intervjuer, som begge er viktig for å besvare vår problemstilling. Det er alt ifra 8 - 288 deltagere i de ulike studiene som er presentert i artiklene vi har valgt. Desto flere deltagere det er i undersøkelsen, desto mer troverdig og bekreftende vil resultatet være. Den artikkelen med kun 8 deltagere har vi valgt å ha med i oppgaven fordi den er rettet mot problemstillingen vår med tanke på informasjon til pasienten.

I oppgaven har vi brukt både sekundær - og primærkilder, selv om vi vet at primærkilden er mer troverdig. Sekundærkilder bygger på primærkilder, ved at informasjonen blir gjenfortalt og tolket på forfatterens måte (Dalland, 2008).

Vi har lest artiklene nøye og vurdert innholdet med kritisk sans, og i tillegg har vi satt innholdet i artiklene opp i mot egne praksiserfaringer. Vi har lest sammendraget (abstract) av artikkelen først for å en oversikt over hva den handler om, og hvis den har virket relevant har vi gått dypere inn på innholdet. Artiklene vi har funnet er bygd opp på **IMRAD** – prinsippet. Det vil si at artikkelen inneholder en **I**ntroduksjon om hvorfor de vil gjøre studien, en **M**etodedel som beskriver hvordan studien er gjennomført, **R**esultat av studien og (**A**nd) en **D**iskusjon som sier noe om hva forfatterne mener resultatet betyr (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

Ved å lese sammendraget av artikkelen har vi fått svar på Dallands utvelgelseskriterier for litteratur, og dermed sett om artikkelen er relevant for oppgaven:

- "- Hva slags tekst er det?
- Hvem er teksten skrevet for?
- Hvem har skrevet teksten?
- Hvorfor skriver forfatteren om dette?
- Hva er formålet med teksten?

- Er det relevant for problemstillingen?
- Hvordan kan teksten brukes i oppgaven?" (2008, s. 76)

3.0 Teoridel

I dette kapittelet vil vi ved hjelp av litteraturen vi har valgt, presentere hva hjerteinfarkt er, symptomer, diagnose og behandling av hjerteinfarkt. Videre vil vi presentere en informasjonsdel som tar for seg hvem som skal informere, hva informasjonen skal inneholde, medikamenthåndtering, hvordan og når informasjonen skal gis. Så vil vi skrive litt om sykepleierens ansvar ved medikamenthåndtering. I tredje del av teorien presenteres mestring, samt at vi tar for oss hva en krise er, mestringsstrategier og stress. Til slutt kommer fjerde og siste del, som omhandler sykepleieteoretikeren vi har valgt, Joyce Travelbee.

3.1 Hjerteinfarkt

Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen (2006) har funnet ut i sin studie at pasienter får mest informasjon om hva hjerteinfarkt er og årsaker til dette. Hjertet er den muskelen som forsyner resten av kroppen med blod, og hvis hjertets evne til å pumpe blod blir svekket, vil det påvirke alle kroppens funksjoner (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2012). Hjertet får tilført blod gjennom tre store arterier som ligger utenpå hjertet, som kalles kransarterier, og forgreiner seg til mange mindre årer. Et hjerteinfarkt skyldes at en eller flere koronararterier som tilfører hjerte blod, er trange eller tilstoppet, og det blir mindre eller ingen blodtilførsel til et område i hjertet. Grunnen til tilstoppingen eller forsnevringen kan være aterosklerose (plakk) eller at en embolus (blodpropp) som tetter helt eller delvis passasjen i åren. Det området av hjertet som ikke får tilført arterielt blod, vil det oppstå iskemi og området vil dø innen kort tid på grunn av oksygen mangel (Ørn et al., 2012).

De vanligste *symptomene* på hjerteinfarkt er smerter som press eller klem bak brystbeinet, med stråling opp til halsen og kjeven, spesielt ut i venstre arm og kombinert med pustevansker. Andre kliniske symptomer kan være svette, kvalme, klam hud, uro og engstelse. Hjerteinfarkt kan også komme uten symptomer, selv om det kan være et alvorlig infarkt (Ørn et al., 2012). Vi beskriver i casen at Trude hadde uspesifikke symptomer som at hun følte seg plutselig uvel og at hun fikk innsettende smerter i øvre del av ryggen. Schenck – Gustavsson (2011) skriver også at kvinner kan ha en følelse av å være slitne, føle seg uvel,

være svimmel, ha ryggplager og generell sykdomsfølelse når de får et hjerteinfarkt. Flere kvinner enn menn opplever slike symptomer, disse kalles stumme infarkter (Schenck – Gustavsson, 2011).

Hjerteinfarkt kan oppstå i flere deler av hjertemuskelen, og det tas et EKG (elektrokardiogram), som kan vise hvilken del av hjertet som er skadet. Hjerteinfarkt inndeles etter hva EKG viser. Det tas i tillegg blodprøver, med tanke på celledød. Troponin I og troponin T vil ha forhøyde verdier på blodprøvesvarene fordi de skilles ut fra døde celler (Ørn, et al., 2012).

Hvis pasienten får påvist et hjerteinfarkt, slik som Trude har fått, er tid en avgjørende faktor for resultatet og videre *behandling*, for at skaden i hjerte skal bli så liten som mulig (Høybakk, 2008). MONA – behandlingen (morfin, oksygen, nitroglyserin og acetylsalisylsyre) hun har fått er en viktig del av behandlingen hun får i den akutte fasen for å minske skadene på hjertet i den akutte fasen. Deretter blir hun fraktet videre til sykehus for PCI (perkutan koronar intervensjon). PCI er et lite inngrep som gjør at det er mindre belastende, med mindre komplikasjoner for pasienten i ettertid (Ørn, et al., 2012) Inngrepet gjøres for å sette inn en stent på området som er blokkert, for å sørge for at oksygentilførselen blir permanent til myokard (Ørn, et al., 2012). Etter at hjerteinfarkt har oppstått kan det forekomme komplikasjoner, det er viktig at både sykepleier og pasient er observante på dette (Høybakk, 2008). Arytmier, lungeødem og hjertesvikt er noen av komplikasjonene som kan oppstå. Behandlingen etter hjerteinfarkt er viktig for å unngå slike komplikasjoner, deriblant informasjon og bruk av medisiner (Høybakk, 2008).

3.2 Informasjon

Etter at hjerteinfarkt har oppstått har Trude blitt behandlet, og planen videre er at hun skal hjem. Før hjemreise trenger pasienten informasjon for å kunne trygge situasjonen før utskrivelse (Mæland, 2006).

3.2.1 Hvem skal informere?

Lege og sykepleier arbeider tett sammen for å sørge for at pasienten får den informasjonen som er viktig etter et hjerteinfarkt (Mæland, 2006). Legen tar for seg informasjonen rundt behandlingen og medisinene i grove trekk. I de Yrkesetiske Retningslinjene for sykepleiere (2011) står det klart og tydelig at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette beskriver sykepleierens pedagogiske funksjon, som skal sørge for blant annet læring og mestring hos pasienten gjennom undervisning og informasjon fra sykepleieren (Tveiten, 2013). Trude har tidligere vært frisk og ikke brukt noen medisiner, nå har hun kommet i en situasjon der hun har behov for mye informasjon for at hun skal kunne mestre den nye hverdagen på en god måte. Å gi informasjon til pasienten er en viktig del av standard pleie og behandling for akutt hjerteinfarkt. Målet er å få pasienten til å mestre konsekvensene som oppstår i dagliglivet, og til å fortsette med rehabiliteringsprosessen etter utskrivelse fra sykehuset, skriver Hanssen, Nordrehaug, Eide & Hanestad (2007).

Pasienten skal høre hva som blir sagt, men de skal også forstå den og huske det til senere, noe Eide & Eide (2011) skriver at er det viktigste å tenke på med å gi informasjon til pasienter.

Det at sykepleieren skal gi informasjon er nedfelt i lovverket som skal sikre pasienten trygg og god omsorg og pleie. I Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, står det at både pasienter og brukere har rett til informasjon. Informasjonen som skal gis skal være nødvendig for at pasienten/brukeren skal få innsikt i sin egen helsetilstand og hva helsehjelpen inneholder. Det står også spesifikt at pasienter skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Helsepersonelloven omtaler også viktigheten av informasjon til pasienten. I

Helsepersonelloven (1999) §10 står det: "Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-

2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker”.

3.2.2 Hva skal informasjonen inneholde?

Sykepleierens verktøy i sykepleieutøvelsen er sykepleieprosessen, og hensikten med prosessen er å sikre individuell tilpasset sykepleie ut ifra pasientens behov og ressurser (Rotegård & Solhaug, 2011). I vårt møte med Trude som sykepleiere, vil dette være sentralt for at hun skal få den informasjonen og pleie hun trenger etter hjerteinfarkt. Rotegård & Solhaug (2011) beskriver sykepleieprosessen i fem faser. Fasene er datasamling, diagnostisering, planlegging, sykepleietiltak og evaluering. Datasamling vil si å samle inn informasjon om pasienten ut ifra de grunnleggende behov, det vil si fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Sykepleieren bruker sitt kliniske blikk til å observere pasienten og hva pasienten selv uttrykker, samt i enkelte tilfeller hva pårørende mener (Rotegård & Solhaug, 2011). Videre i prosessen lages det sykepleiediagnoser ut ifra datasamlingen. Sykepleiediagnosene dannes ut ifra hvilke utfordringer pasienten har i forhold til funksjonsområdene (Rotegård & Solhaug, 2011). Funksjonsområdene tar utgangspunkt i de grunnleggende behovene hos pasienten. Eksempler på funksjonsområder er for eksempel respirasjon, kommunikasjon, sirkulasjon, ernæring, aktivitet, søvn og hvile, velvære og psykisk status (Rotegård & Solhaug, 2011). Diagnosen kan bygge på et problem, en risiko eller en ressurs (Rotegård & Solhaug, 2011). Sykepleiediagnosen er i tillegg til å danne mål for sykepleien, med på å utgjøre prosessens planleggingsfasen. Det finnes et oppslagsverk kalt NANDA som inneholder sykepleiediagnoser. Et eksempel på en slik diagnose kan være mangelfulle kunnskaper relatert til hjerteinfarkt, stress og mestring (Herdman, 2012). Målet beskriver ønsket resultat for pasienten, som kan være både kortsiktig og langsiktig (Rotegård & Solhaug, 2011). For å oppnå målene som er satt må det settes i gang sykepleietiltak. De tiltakene som blir satt i gang kan være oppgaver som legen har delegert, selvstendige sykepleietiltak og samarbeidene tiltak (Rotegård & Solhaug, 2011). Til slutt evalueres hele prosessen, for å se om målene er oppfylt og om de var realistiske, samt om tiltakene har vært relevante. Slik prosessen her er forklart, er delene i prosessen enkeltstående, men prosessen går hele tiden i ring. Man evaluerer underveis det som har blitt gjort, og om man skal utarbeide nye diagnoser, nye mål og nye tiltak (Rotegård & Solhaug, 2011). Etter at sykepleieprosessen blir brukt for å kartlegge situasjonen til Trude, vil det raskt komme fram

at hun trenger informasjon om medisiner og bruken av dem. I tre av de artiklene vi har valgt, viser resultatet av studien at pasientene ønsket blant annet mer informasjon om medisiner, ettersom dette var informasjon de følte at de manglet før utskrivelsen (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005; Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006; Smith & Liles, 2006).

3.2.3 Medikamenthåndtering

Ved å bruke en brosjyre fra sykehuset, der blant annet informasjon om medisinene står, vil gjøre det enklere for pasienten. Pasienten kan lese igjennom denne og skrive ned spørsmål som dukker opp underveis.

For pasienten vil det være viktig og nyttig å kunne vite noe om hva de enkelte medisinene er, og hva de brukes for. Det overordnede målet for medisinene vil være å forebygge nye hjerteinfarkt, som også inkluderer sykepleierens forebyggende funksjon (Almås, et al., 2011). I Pasient – og Brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) står det som nevnt tidligere at pasienten har rett til informasjon om helsehjelpen, noe som også innebærer informasjon om medisiner han får, administrasjonsmåte, hvordan det skal tas, samt hvilken virkning de har (Bielecki & Børdahl, 2011). Pasienten kan føle seg syk og oppleve ubehag etter oppstart med nye medisiner, og det er derfor viktig at pasienten er informert om eventuelle bivirkninger som medisinene kan gi (Bielecki & Børdahl, 2011). Bivirkninger vil gjøre at pasienten kanskje må bytte medisiner til en annen type, som tas opp med lege. Det er viktig å informere om at bivirkninger forekommer på grunn av virkningsmekanismen til legemidlet. Det er ikke alltid virkningen bare fungerer på det organet det skal, men også virker andre steder i kroppen, som kan skyldes plagene (Nordeng & Spigset, 2010). I tillegg kan medisinene også påvirke hverandre med å redusere eller forsterke effekten, også kalt kontraindikasjoner (Bielecki & Børdahl, 2013).

Trude vil få medisinene hun skal ha på sykehuset, men når hun skal hjem vil hun få med seg resepter, slik at hun må på apoteket og hente medisinene. På apoteket kan hun bli spurt om hun ønsker et billigere alternativ, men med samme virkestoff. Dette er noe pasienten kan takke ja til, hvis det står at generisk bytte kan foretas på legens forordning. Det er flere legemidler som er dokumentert å ha en forebyggende effekt etter et hjerteinfarkt, og før pasienten reiser hjem må det tas stilling til hvilke medisiner pasienten skal ha. I Norsk Legemiddelhandbok vises det til de Nasjonale Retningslinjene som sier hvilke medisiner som

er anbefalt etter et hjerteinfarkt (Hjerteinfarkt med ST – elevasjon, 2013). Her nevnes antitrombotisk behandling, statiner, betablokkere, nitrater, ACE – hemmere og kalsiumblokkere (Hjerteinfarkt med ST - elevasjon, 2013).

Antitrombotisk behandling (blodfortynnende) brukes av hjerteinfarkt pasienter for å forhindre at det dannes nye blodpropper (Nordeng & Spigset, 2010). Noen av disse blodfortynnende medikamentene brukes livet ut, mens andre brukes bare noen måneder etter hjerteinfarkt (Nordeng & Spigset, 2010). En risiko ved disse medisinene er at man har større blødningsfare. Bivirkninger som kan forekomme av disse medisinene er utslett, øresus, hodepine og svimmelhet (Nordeng & Spigset, 2010).

Statiner (kolesterolsenkende medisiner) senker det LDL-kolesterolet ("dårlige kolesterolet") i blodet, og er også med på å forebygge et nytt hjerteinfarkt (Nordeng & Spigset, 2010). Denne typen medisin brukes også som oftest livet ut og har lite bivirkninger (Nordeng & Spigset, 2010). Bivirkninger som kan forekomme er muskelsmerter, treg mage, kvalme og hodepine. Ved bivirkninger skal man ta kontakt med lege (Nordeng & Spigset, 2010).

Betablokkere har til hensikt å lette arbeidet for hjertet. Betablokkerne sørger for at pulsen går ned, samt at blodtrykket senkes. I tillegg til at hjertet arbeider lettere, vil også oksygenbehovet i hjertet bli mindre (Nordeng & Spigset, 2010). Vanlige bivirkninger er kalde fingre og tær, kvalme, dårlig søvn, konsentrasjonsproblemer og tretthet (Nordeng & Spigset, 2010).

Nitrater (nitropreparater) gjør det lettere å tilføre oksygen til hjertet ved at blodårene utvides og hjertet jobber lettere. På denne måten virker preparatet smertelindrende (Nordeng & Spigset, 2010). De fleste bivirkninger ved disse preparatene er noe som går over etter en kort stund etter de har begynt å virke. En vanlig bivirkning noen kan få er hodepine (Nordeng & Spigset, 2010). Preparatene finnes i både tablettform og som munnspray.

ACE-hemmere er en type blodtrykkssenkende medisin som bidrar til å bedre hjertets pumpefunksjon (Nordeng & Spigset, 2010). Bivirkninger er tørrhoste, svimmelhet og tretthet (Nordeng & Spigset, 2010).

Kalsiumblokkere er en annen type blodtrykkssenkende medisin som virker på blodårene slik at de utvider seg, og dermed senkes blodtrykket (Nordeng & Spigset, 2010). Vanlige bivirkninger er hevelser i beina og rødming (Nordeng & Spigset, 2010).

3.2.3 Hvordan skal informasjonen gis?

Med tanke på at Trude har vært flyttet fra lokalsykehuset til et større sykehus for å utføre PCI, for så å komme tilbake til lokalsykehuset igjen, kan det være vanskelig for sykepleieren å ha kontinuitet i informasjonen. Det holder heller ikke bare å gi informasjon til Trude, men hun må også oppfatte og forstå den informasjonen som blir gitt (Høybakk, 2008).

Mæland (2006) skriver at det å ha et individuelt tilpasset informasjonsopplegg er den beste måten å gi informasjon til pasienten, og at innholdet, formen og progresjonen tilpasses den enkelte. Å gi informasjon på en slik måte åpner for at begge parter kan være aktive, noe som også støttes av studien til Jørgensen, Hole – Drabløs & Krogset (2010).

3.2.4 Når skal informasjonen gis?

En studie belyser viktigheten av at pasienten skal være mottakelig for informasjon før sykepleieren begynner å informere (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005). Ut ifra praksiserfaringer er det vanskelig å vite når pasienten er mottakelig for informasjon. Sykepleieren må ha en balansegang mellom å føle på om pasienten er mottakelig eller ikke, ved å starte med å gi informasjon for å se om pasienten forstår det som blir sagt, eller om det er gunstig å vente til et annet tidspunkt senere i sykehusoppholdet. Pasienten ligger kort tid på sykehuset, og det skjer mye som gjør at pasienten kan være i en fase der informasjon ikke kommer fram. Dette skriver vi mer om i mestringskapittelet i oppgaven.

3.3 Sykepleierens ansvar ved medikamenthåndtering

Sykepleieren har et stort ansvar når det kommer til medikamenter, blant annet et formelt, faglig og moralsk ansvar (Bielecki & Børdahl, 2013). Det formelle ansvaret tar sikte på å følge legens forordning, observasjon av pasienten og gi legen tilbakemelding på om noe unormalt inntreffer. Det faglige ansvaret er på bakgrunn av at man hele tiden holder seg

oppdatert på nye faglige retningslinjer, og at man har de nødvendige kunnskapene om de ulike legemidlene som virkning og bivirkning. Sykepleieren skal følge de retningslinjene som er på arbeidsplassen (Bielecki & Børdahl, 2013). Som nevnt tidligere har sykepleieren et ansvar når det kommer til å informere pasienten, som er hjemlet i Pasient – og Brukerrettighetsloven (1999). Det moralske ansvaret handler om etikk og de Yrkesetiske Retningslinjene for sykepleieren, som sier at man ikke skal bruke pasienter som forsøkskaniner, og heller ikke gi pasienten legemidler uten dens samtykke (Bielecki & Børdahl, 2013). Sykepleieren kan kontrollere seg selv ved å bruke de 7 R-ene under medikamenthåndtering. De 7 R-ene står for: riktig pasient, riktig legemiddel, riktig legemiddelform, riktig styrke, riktig dose, riktig måte og riktig tid (Bielecki & Børdahl, 2013).

3.4 Mestring

Mestring handler om vår evne til å takle og håndtere opplevelser i hverdagen, slik at vi fortsatt har følelsen av kontroll i livet vårt. Lerdal & Fagermoen (2011) skriver nettopp om dette og har skrevet denne definisjonen:

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre. (s.54)

Ut i fra definisjonen over vil det å kunne mestre livet sitt være vesentlig for at man skal kunne ha følelsen av et godt liv og livskvalitet. Hvordan pasienten klarer å takle den nye situasjonen er forskjellig fra menneske til menneske. Å mestre en ny situasjonen formes ut i fra hvem personen er, hva han/hun har opplevd i fortid og nåtid og hvordan personer rundt reagerer (Eide & Eide, 2011). Mestring i ulike situasjoner står sterkt sammen med følelsene våre, og hvilket håp pasienten har for fremtiden (Eide & Eide, 2011). Vi kan hjelpe Trude til å føle mestring ved at vi lytter, gir støtte og vi kan være en samtalepartner som hjelper henne til å få et realistisk perspektiv på hva som kan gjøres og hva som kan oppnås både på kort og lang sikt (Eide & Eide, 2011).

Reitan (2010) beskriver to måter man grovt sett kan dele inn menneskers reaksjonsmåte på. Den ene er at pasienten tar situasjonen innover seg, og bruker sine ressurser for å mestre den nye situasjonen. Den andre er å se bort i fra det som har skjedd, skyve det unna seg ved hjelp av forsvarsmekanismer, slik Trude reagerer på at hun har fått hjerteinfarkt (Reitan, 2010). Reaksjonen på at hun har blitt syk og kommet på sykehuset kan betraktes som en krise eller krisesituasjon.

3.4.1 Hva er en krise?

En krisetilstand vil si at man har kommet inn i en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjon (Cullberg, 2010). Cullberg (2010) skriver om fire punkter som kan belyse klarere hva som menes med krisesituasjon. Den første er å finne ut hva som er den utløsende situasjon. Det kan være en plutselig og uventet vanskelig ytre påkjenning, traumatisk krise, eller det kan være utviklings- eller en livskrise. Utviklings- og livskrise handler om det som skjer i dagliglivet, som å bli pensjonist eller få barn (Cullberg, 2010). Det andre punktet er dreier seg om hvordan hver enkelt blir påvirket av det som skjer rundt seg. For noen kan det som har hendt bare være en liten bagatell i livet, mens for andre vil det få store konsekvenser og føles som en trussel mot sitt eget individ. Derfor er det svært viktig å kartlegge hva slags indre, privat betydning hendelsen har for vedkommende (Cullberg, 2010). Videre ser man på hvilken livsperiode vedkommende er i. Cullberg (2010) skriver om at vi utvikler oss hele livet, og det er nye perioder man går igjennom for hvert år. Det er forskjellig fra menneske til menneske hvor mye man merker av disse periodene. Til slutt er det de sosiale forutsetningene som står i fokus. Herunder er også familie som kan være til hjelp for vedkommende under krisen, eller gjøre situasjonen verre. Cullberg (2010) mener at en familie som ikke fungerer godt fra tidligere, ikke vil kunne være til hjelp, men heller bli en større belastning for familieforholdet. Hvert menneske reagerer ulikt på en krise, men Cullberg (2010) beskriver et typisk mønster for mennesker i en krise. Cullberg (2010) skriver om sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidingsfase og nyorienteringsfase, men vi velger å fokusere bare på sjokkfase og reaksjonsfase.

Sjokkfasen er det første som inntreffer i en krise. I denne fasen prøver vedkommende å holde det som har skjedd på avstand, slik at han/hun slipper å ta det innover seg. Fasen kan vare fra et lite øyeblikk til noen dager (Cullberg, 2010). Mennesker kan ytre forskjellige ting i løpet av

denne fasen. Cullberg (2010) drar fram det å skrike, dra i sine klær og/eller gjenta en ting flere ganger.

Sammen med sjokkfasen, utgjør *reaksjonsfasen* krisens akutte fase (Cullberg, 2010). I denne fasen åpner personen seg mer opp, og tar det som har skjedd innover seg. Cullberg (2010) skriver at det er her alle forsvarsmekanismene mennesket kan sette i gang, kommer inn i bildet.

3.4.2 Mestringsstrategi

Mestringsstrategier skal hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbylde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav personen står ovenfor (Reitan, 2010). Cullberg (2010) mener at forsvarsmekanismer er en mestringsstrategi som spesielt kommer fram hos pasienten i den akutte fasen av en krise. Forsvarsmekanismer betegnes som ubevisste psykiske reaksjonsmåter som brukes som et "skjold" for å beskytte seg selv mot opplevelser og situasjoner som truer vår identitet (Reitan, 2010).

Det finnes flere forsvarsmekanismer mennesket kan forsvare seg med, som for eksempel fornektning, isolering og undertrykking av følelser. Som beskrevet i casen benekter Trude situasjonen. Benektelse kalles også fornektelse, og går ut på at personen nekter å ta situasjonen inn over seg, men vet samtidig at det har noe å si for seg selv og situasjonen (Cullberg, 2010). Pasienten ser bort ifra det vesentlige i det som skjedde, akkurat som vi ser i situasjonen til Trude. Hun vet at hun har fått hjerteinfarkt, men finner ingen rasjonell årsak til hvorfor dette skjedde henne og hun finner ikke mening i situasjonen.

3.4.3 Stress

Stress beskrives som noe som oppstår når det ikke lenger er balanse mellom de krav og påkjenninger vi utsettes for og vår evne eller forutsetning til å mestre eller oppfylle disse er redusert (Hjertelig Informasjon, 2011). Reitan (2010) sier at stress er en belastning på personens ressurser. Situasjonen rundt Trude kan oppfattes av henne som en trussel og føre til at stressets negative sider påvirker kroppen. Med dette menes at det endokrine systemet og immunforsvaret settes i gang, og Trude kan få symptomer på stress, som for eksempel hjertebank, økt blodtrykk, rask puls og muskelspenninger (Reitan, 2010). Dette kalles akutt stress, som kan knyttes opp mot det som skjer rundt henne, men som også kan være

forbigående (Reitan, 2010). Det er individuelt hva hver og en opplever som en utfordringer eller som stress i hverdagen (Reitan, 2010).

3.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

I møte med Trude og hennes behov så kan man anvende Joyce Travelbees sykepleietenkning siden det er relevant for casen, ettersom hun skriver om menneske – til menneske – forholdet og hvordan sykepleieren kan bygge opp dette i møtet med pasienten, for å hjelpe pasienten på best mulig måte (Travelbee, 2011).

Joyce Travelbee var sykepleier og kom fra USA. Hun jobbet store deler av sin sykepleierkarriere som psykiatrisk sykepleier og lærer på en sykepleierutdanning (Travelbee, 2011). Travelbee var opptatt av at mennesket skulle stå i sentrum i sitt arbeid, og at sykepleiehandlinger skulle være en ressurs for å hjelpe et annet menneske.

Travelbee (2011) definerer sykepleie slik: ”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” (s.29).

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi det handler om mennesker som sykepleieren står overfor, både syke og friske (Travelbee, 2011). Det er også en prosess fordi det er en eller flere hendelser som skjer mellom sykepleieren og den som har behov for hjelp (Travelbee, 2011). En av måtene sykepleieren hjelper den syke på er å hjelpe til med å mestre sykdom, og det gjøres ved at sykepleieren knytter seg til den som er syk (Travelbee, 2011). Ved sine handlinger viser sykepleieren at hun vil hjelpe den syke, ikke bare fordi han er syk og trenger pleie, men nettopp fordi den syke er den han er (Travelbee, 2011). At den syke har et medmenneske som både har kunnskap og forståelse er med på å holde motet oppe hos pasienten. Det er vanskelig for sykepleieren å hjelpe noen til å mestre sykdom, uansett om det er gode eller dårlige sykdomsutsikter for pasienten, men det vil være betydelig vanskeligere når det ikke er så bra utsikter for pasienten (Travelbee, 2011). Den som er syk har ulike følelser og holdninger ovenfor sin egen sykdom, og for å hjelpe den som er syk må sykepleieren sette seg inn i hvordan vedkommende opplever sykdommen og hun må bygge

opp et forhold til pasienten (Travelbee, 2011).

3.5.1 Menneske – til – menneske forholdet

Travelbee (2011) mener at et menneske – til – menneske forhold i sykepleien er erfaringer eller opplevelser som deles av sykepleieren og den som er syk. Det som kjennetegner menneske – til – menneske forhold er at sykepleieren og den syke ser på hverandre som unike individer, og ikke som ”sykepleier” og ”pasient” (Travelbee, 2011).

Som nevnt i definisjonen av hva sykepleie er, er hensikt og målet til sykepleieren å hjelpe et individ med å mestre sykdom eller forebygge sykdom og lidelse (Travelbee). Et menneske – til – menneske forhold er et forhold som gjør det mulig for sykepleieren å oppnå nettopp dette (Travelbee, 2011). Hvordan sykepleieren opptrer og hva hun sier er med på å oppnå målene og hensikten med sykepleien, og all kontakt sykepleieren har med den som er syk er med på å bygge opp dette forholdet (Travelbee, 2011). Dette forholdet bygges opp ved hjelp av fire faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Disse fasene når sitt høydepunkt i fasen gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011).

Det innledende møtet

Man vil gjøre seg opp en mening og bygge opp antagelser av en person når man møtes for første gang, og det samme vil skje når en sykepleier møter en pasient, og omvendt (Travelbee, 2011). Det første og viktigste trinnet i sykepleier prosessen er observasjon, fordi det som blir observert legger grunnlaget for hvordan forholdet mellom sykepleier og den som er syk vil være videre (Travelbee, 2011). Det man oppfatter hos den andre personen vil utløse ulike følelser som vil være avgjørende for hvordan man forholder seg til den andre (Travelbee, 2011). Sykepleieren må være i stand til å se ”mennesket” i pasienten ellers klarer hun ikke arbeide videre med menneske – til – menneske – forholdet (Travelbee, 2011). Det kan være lettere for sykepleieren å se ”mennesket” i pasienten hvis hun finner personen tiltrekkende. Når sykepleieren har begynt å se på den syke som et unikt individ, og omvendt, vil forholdet mellom dem gå inn i en ny fase, framvekst av individer (Travelbee, 2011).

Framvekst av individer

Det som er karakteristisk for denne fasen er evnen til å sette pris på den andre som et unikt individ, sammen med evnen til å bygge opp en tilknytning til den andre personen (Travelbee,

2011). Sykepleieren og den syke knytter seg mer til hverandre i denne fasen og ser på hverandre mer som individer og mindre som kategorier (Travelbee, 2011). Sykepleieren skjønner mer av hvordan ”pasienten” som individ tenker, føler og forstår situasjonen. Den syke oppfatter sykepleieren som et individ, og ikke bare en ”typisk sykepleier”. Forholdet legger grunnlaget for empati (Travelbee, 2011).

Empati

Empati er evnen til å leve seg inn i hvordan den andre har det og hvordan den andre opplever situasjonen (Travelbee, 2011). Det å føle empati er å involvere seg i den andres tilstand, men ikke så man tenker og føler som den andre (Travelbee, 2011). At det er likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer er en forutsetning for empati, sammen med ønsket om å forstå den andres situasjon. Uten å ha en liknende bakgrunn eller liknende situasjon å bygge på, er det ikke mulig å føle empati (Travelbee, 2011).

Sympati og medfølelse

Evnen til sympati og medfølelse bygger videre på empatiprosessen, ved at sykepleieren føler en trang eller et ønske om å lindre plager (Travelbee, 2011). Sympati og medfølelse er en erfaring som skjer mellom to individer, og det beskrives som evnen til å ta del i en annens følelser eller interesser (Travelbee, 2011). Sykepleieren klarer å forstå den andres plager og gripes av dens ulykke og ønsker derfor å hjelpe til i situasjonen. Sympati og medfølelse forsterker forholdet mellom sykepleieren og den som er syk, og sykepleieren deler den sykes plager og hun gjør noe for å lindre dem (Travelbee, 2011).

Gjensidig forståelse og kontakt

Det overordnede målet for sykepleien er å etablere et menneske – til – menneske forhold, og ha opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011). Når sykepleieren og den syke har gjennomgått de fire foregående fasene som beskrevet ovenfor, oppleves gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011). I denne fasen relaterer begge seg til hverandre som mennesker, og ikke som ”sykepleier” og pasient” (Travelbee, 2011). Sykepleieren og den syke opplever begge gjensidig forståelse og kontakt, men for å oppnå dette må handlingene til sykepleieren være lindrende for den sykes plager, og sykepleieren må ikke gjøre situasjonen verre for den som er syk (Travelbee, 2011).

4.0 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge slik at pasienten får informasjon til å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt?

Trude har fått behandling for hjerteinfarkt og ligger nå på sykehuset for videre oppfølging og behandling. Situasjonen har gjort at hun ikke har innsikt og finner ingen mening med det som har skjedd. Hun ønsker å holde ting på avstand og hun benekter situasjonen. Selv om situasjonen virker meningsløs, føler hun seg trygg på sykehuset og gruer seg for hjemreisen. Hun er i en situasjon hun har lite kunnskaper om, derfor er informasjon et viktig skritt videre på veien til mestring av livet og hverdagen.

4.1 God tilrettelegging gir god informasjon

Vi har lært igjennom praksis og studiet at pasienten skal kartlegges ut i fra sykepleieprosessen. Ut ifra denne prosessen finner sykepleieren ut hva pasienten trenger assistanse eller hjelp til å få utført, samt hvilke ressurser pasienten har (Rotegård & Solhaug, 2011). Gjennom en slik kartlegging vil det være lettere for oss som sykepleiere å finne ut hvem Trude er og hva slags utfordringer hun står ovenfor. Kartleggingen vil legge grunnlaget for hva som vi som sykepleiere må fokusere på, slik at Trude får dekt de behovene hun har og at hun kan mestre hverdagen når hun skrives ut fra sykehuset. Det vil bli lettere for oss å bli kjent med henne ut i fra kartleggingen, da dette foregår mens vi snakker med henne og mens vi observerer. Travelbee (2011) skriver om det innledende møtet, der det første trinnet i sykepleieprosessen handler om observasjon, og ut i fra det som observeres dannes det beslutninger om hva som skal skje videre. En studie belyser også viktigheten av å spørre pasienten ut i fra hva hun vet fra før, hva hun ønsker å vite og hva hun har behov for (Granum & Halse, 2010). Gjennom denne kartleggingen kommer det frem at Trude ikke bruker medisiner til daglig, og at hun ikke har noen erfaring på dette området. Vi får også vite at hun har stresset mye i det siste, og at hun har hatt en hektisk hverdag. Etter denne kartleggingen vi nå har gjort av Trude, har vi funnet ut hva slags informasjon hun har mest behov for. Det vil i Trudes tilfelle ikke være aktuelt å informere om at hun trenger å gå ned i vekt, eller trene mer, da hun gjør dette fra før. Derfor vil det være mer aktuelt å legge fokuset på individuell tilpasset informasjon. En aktuell sykepleiediagnose for dette informasjonsbehovet kan være mangelfulle kunnskaper relatert til hjerteinfarkt, medikamenthåndtering og stress (Herdman,

2012). Det overordnede målet for denne sykepleiediagnosen vil være at pasienten får informasjon om hjerteinfarkt, medikamenter og stresshåndtering (Sykehuset Innlandet, 2008). For å få oppfylt dette målet, vil det bli satt i gang tiltak som vil bli gjort rede for senere i drøftingsdelen.

Når man skal kartlegge situasjonen til en pasient, kan det by på noen utfordringer for sykepleieren. Utfordringen med Trude sin situasjon kan være at det er vanskelig å få til en god nok kartlegging, da Trude tar i bruk forsvarsmekanismen og benekter situasjonen. Som sykepleier vil dette med å gi pasienten informasjon også skape utfordringer i forhold til pasienten som ikke ønsker å vite noe om sin sykdom, men heller holde ting på avstand. I slike situasjoner er det viktig å stille seg spørsmålet om det er rett tid i forhold til hvor i forløpet pasienten befinner seg, samt tenke på om ønsket om å ikke vite noe om sin sykdom kommer fra pasientens forsvarsmekanismer. Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om krisenes forløp og de forsvarsmekanismer som kan sees hos pasienter som er i en slik situasjon. Krisereaksjoner kan gjøre det vanskelig for pasientene å motta den informasjonen de blir gitt og som er viktig for de senere når de blir skrevet ut fra sykehuset (Hanssen et al., 2005). Det kan være at hun holder tilbake informasjon, slik at situasjonen for sykepleieren kan bli vanskelig. Granum & Halse (2010) bekrefter akkurat dette med at forsvarsmekanismer kan føre til dårligere kartlegging og informasjon fra sykepleierens side. Det er derfor viktig at sykepleieren bruker sine kunnskaper og erfaringer til å takle dette på en god måte slik at Trude får den individuelle tilpasningen av informasjonen hun behøver. Travelbee (2011) skriver at etter det innledende møtet kommer fasen framvekst av individer som tar for seg nettopp dette at sykepleieren forstår hvordan pasienten tenker, føler og oppfatter sin situasjon. Det er viktig å kunne bruke vår egen forståelse og den relasjonen vi har fått pasienten, til å tilpasse informasjonen, finne ut hvor mye informasjon som er nødvendig, og på hvilket nivå informasjonen skal gis.

Studien til Jørgensen, Hole-Drabløs & Krogset (2010) konkluderer med at det å ha et standardisert undervisnings- og informasjonsopplegg vil gjøre det lettere for sykepleierne å gi den informasjonen som er nødvendig for pasientene. Dette er noe vi ser som både negativt og positivt. Det å ha et standardisert opplegg mener vi at vil føre til at de fleste pasientene som har hatt et hjerteinfarkt vil få den samme informasjonen. Det kan være et nyttig hjelpemiddel for sykepleieren å ha et standardisert opplegg over generelle temaer som kan informeres om, og plukke ut hvilke temaer som er viktige. Dette er en oversikt som gjør det lettere for

sykepleieren å ha en mal å se etter når man skal plukke ut informasjon. Vi er redde for at et slikt standardiseringsprogram kan føre til at alle pasientene får den samme informasjonen og at man etter en tid vil følge den slavisk uten å tilpasse den til den enkelte pasient sykepleieren står ovenfor. Studien viser til at pasientens situasjon og individuelle forutsetninger skal være utgangspunkt for informasjonen og undervisningen (Jørgensen et al., 2010). Inntrykket vi har fått ut i fra praksiserfaringer har vært at det er vanskelig å få til en slik individualisert informasjon til pasienten da tiden er knapp, utskrivelse av pasienten skjer raskt og det stilles krav til kontinuitet hos personalet (Jørgensen, et al., 2010). Samtidig er det mye som skjer rundt pasienten da prosedyrer skal gjennomføres og informasjon fra sykepleieren ofte blir formidlet under gjennomføringen av disse. Ved å bruke et individualisert informasjonsopplegg, er det grundig vektlagt ut i fra kartlegging hva som er viktig for pasienten å vite noe om og at man utelukker det som ikke er relevant. Når man planlegger et slik individualisert opplegg, tror vi det kan være lettere for sykepleieren å sette av en spesifikk tid slik at man kan informere pasienten om det man har planlagt. Når man setter av tid, vil det være klart for pasienten at det vil komme informasjon om seg selv, og sin sykdom, samt at man kan få til diskusjoner med sykepleieren som understøttes av Kilonzo & O'Connells (2010) studie. I tillegg kan det være nyttig for sykepleieren å stille oppfølgende spørsmål for å kontrollere om pasienten har forstått det som har blitt sagt og hva slags kunnskap pasienten sitter igjen med etter samtalen.

Som sykepleier er det enkelt og kunne dokumentere at informasjonen er gitt, men det er ikke sikkert at pasienten har fått med seg essensen av informasjonen og fått satt det inn i sin egen situasjon, samt sett viktigheten av det som ble sagt. Studien tar også opp dette med spontane informasjonssamtaler som verken sykepleier eller pasient ser på som viktig da det foregår som en tilfeldighet (Jørgensen et al., 2010). Da slike spontane samtaler foreligger, er det ikke sikkert at verken pasienten er ordentlig mottakelig for informasjonen eller at det er riktig tidspunkt å ta opp viktige ting som pasienten helst skal huske i ettertid. Slike spontane samtaler vil føre til at dokumentasjonen fra sykepleierens side blir dårlig, noe som også støttes av studien til Jørgensen, Hole – Drabløs & Krogset, 2010.

For at sykepleieren skal kunne kartlegge og samle informasjon på en tilfredsstillende måte, og ut i fra dette komme fram til gode måter å gi informasjon til pasienten på, er tid en viktig faktor. Sykepleieren er helt avhengig av å ha nok tid og å kunne disponere denne.

Samhandlingsreformen (2008) krevet at pasienten skal ligge kortere på sykehuset og stiller

strengere krav til effektivitet for helsepersonell som inngår i behandling og oppfølging av pasienten. Det helt essensielle for at pasienten skal få tilstrekkelig med informasjon er at det tilrettelegges for at det blir satt av tid til nettopp dette, noe også pasienter har uttalt at de savner i flere av de studiene vi har funnet (Hanssen et al., 2005; Kilonzo & O'Connell, 2010; Pedersen & Vrenne, 2012; Tørstad & Iversen, 2004). Studien til Tørstad & Iversen (2004) tar for seg informasjonsbehovet til kirurgiske pasienter, men vi ser at dette er overførbart til Trudes situasjon.

Vi kan høre på rapporter og møter om at ”pasienten er informert”, men hva innebærer egentlig dette? (Tveiten, 2013). To av studiene som vi har valgt viser til at vi som helsepersonell ikke er flinke nok til å ivareta pasientenes behov for informasjon, og at vi har mye forbedringspotensiale på dette området (Hanssen et al., 2005; Jørgensen et al., 2010).

Dårlig informasjon før utskrivelse fra sykehuset, viser seg i en studie å øke pasientens angst rundt det som har skjedd, dårligere behandling, redusert mestringsevne, samt redusert fysisk og psykisk velbehag eller livskvalitet (Hanssen et al., 2005). Det å ha et udekket behov for informasjon gjorde pasientene i studien til Hanssen, Nordrehaug & Hanestad (2005) svært opprørte da de kom hjem fra sykehuset. De hadde ingen å spørre hvis de kom på spørsmål, og pasientene følte at hele livet deres gikk i en ”oppoverbakke” fordi det var svært tøft i forhold til hva de hadde sett for seg på sykehuset (Hanssen, et al., 2005). Gjennom praksiserfaringer har vi møtt pasienter i hjemmet som nettopp er skrevet ut fra sykehuset hvor de fikk lite informasjon. Om pasientene ikke har fått med seg og forstått informasjonen på sykehuset, blir dem mer usikre rundt sin egen situasjon, i forhold til om pasienten er velinformert og har mye kunnskap rundt sin tilstand. En artikkel understøtter at desto mer kunnskap pasientene har om sin tilstand, kan det bli færre reinnleggelser på sykehuset (Granum & Halse, 2010). Videre følte pasienter som hadde fått god informasjon og oppfølging på sykehuset at sykepleierne var empatiske og hadde mye kunnskap som de førte over til pasientene, og at informasjonen de fikk var individuelt tilpasset (Hanssen et al., 2005). Travelbee (2011) skriver om empati og det omhandler at sykepleieren er i stand til å sette seg inn i pasientens situasjon. Som sykepleier på en sånn avdeling har man møtt mange hjerteinfarktpasienter og har erfaring med slike tilfeller tidligere, noe Travelbee (2011) påpeker er viktig for å kunne føle empati. I tillegg kan sykepleieren selv bruke sine egne livserfaringer til å sette seg inn i pasientens situasjon, som kan gjøre det mulig å reflektere over situasjonen til pasienten (Travelbee, 2011).

I Kilonzo & O'Connells (2010) studie var pasientene svært fornøyd med at de fikk tid til å bli hørt og forstått av sykepleierne, og dette var viktig for tryggheten før hjemreisen. At sykepleieren klarer å forstå pasientens plager og ønsker å hjelpe til i den situasjonen pasienten befinner seg i, beskriver Travelbee (2011) i sympati og medfølelse. Studien til Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen (2006) resulterte i at pasientene responderte bedre på behandling, samt at de fikk bedre psykisk helse og livskvalitet etter utskrivelsen om de fikk god informasjon av personalet på sykehuset, ved at de satte seg grundig inn i situasjonen og at de hadde medfølelse. Vi tror at å gi god informasjon til Trude på sykehuset også vil gjøre henne tryggere. Tryggheten som skapes hos henne, vil gjøre at hun takler bedre de utfordringer hun kommer til å stå ovenfor i hjemmet og at det ikke blir så tøft for henne og komme hjem etter utskrivelsen. Ut i fra egne praksiserfaringer er dette med å gi informasjon til pasienter en større utfordring enn det man tror. Det handler ikke bare om å få sagt det man skal si før pasienten skrives ut, men at det man sier blir oppfattet og at pasienten kan bruke den informasjonen han har fått i hverdagen etter utskrivelsen fra sykehuset (Eide & Eide, 2011). Ofte kan pasienter samtykke til det som gis av informasjon og at det blir mottatt og forstått, uten at de egentlig vet hva det innebærer og klarer å fordøye dette. Det er derfor viktig som sykepleier å ha forståelse og omtanke for pasienten (Eide & Eide, 2011).

Travelbee (2011) skriver om menneske – til – menneske forholdet som omhandler forholdet og dialogen mellom pasient og sykepleier. Fokuset er at begge parter er på et likt nivå, noe vi mener at vi kan dra med oss inn i møtet med Trude på avdelingen, og møte Trude uten at vi opptrer som en ”profesjon” med ”ovenfra og ned” holdning. Ved å skape en dialog hvor begge er på lik linje mener vi at Trude kan få mer tillitt og føle seg tryggere, samt få fokuset vekk fra at hun er på sykehuset, men at hun har en vanlig dialog. Ut ifra egne praksiserfaringer har vi erfart at det å ha en dialog hvor man har fokus på andre ting enn akkurat sykdom og situasjonen innimellom, kan gjøre det lettere for pasienten å få tillitt til sykepleieren, og å åpne seg om sin sykdom og hvilke utfordringer pasienten selv føler er gjeldende der og da. Gjennom å ha en mer uformell tone med pasienten, kan sykepleieren gjøre seg opp et bilde av pasienten og hvem hun er, og hva hun står for i forhold til verdier og holdninger. Travelbee (2011) skriver at den gjensidige interessen og tillitten øker etter hvert som sykepleieren og den syke nærmer seg gjensidig forståelse og kontakt. Det er også viktig at sykepleieren ikke glemmer sin profesjonelle rolle som innebærer de kunnskaper og handlinger som er viktig for pasienten i situasjonen (Almås, et al., 2010).

Granum & Halse (2010) skriver i sin studie at sykepleierne benytter seg av muntlig informasjon framfor kombinert bruk av skriftlig og muntlig informasjon til pasienten. Dette ble gjort fordi sykepleierne så på dette som enkelt og tidsbesparende for seg selv og avdelingen (Granum & Halse, 2010). Dette funnet fra studien mener vi påpeker en svakhet ved sykepleieren sin pedagogiske funksjon ovenfor pasienten. Vi mener at det kan være vanskelig for pasienten å huske hva som blir sagt muntlig når man er i en sårbar krisesituasjon, der man har mye å fokusere på samtidig. Da vi snakket med fagsykepleier som jobbet på Medisinsk Overvåkning på Sykehuset Innlandet Elverum, fortalte hun oss at de brukte både informasjonsbrosjyrer, film og en modell av hjertet for å vise hva som har skjedd når infarkt oppstod. Vi tenker at å bruke figurer til å belyse hva sykdommen innebærer og for å få Trude til å lære mer om sin sykdom, vil gjøre at hun kan forstå situasjonen bedre. Ut i fra praksiserfaringer og vår egen evne til å lære ting på skolen, er det nyttig å kunne tilegne seg ny kunnskap gjennom å bruke flere sanser. Ved å ha noe konkret å se på, ta på og utforske, kan gjøre at Trude får mer forståelse og at ting blir mer virkelig for henne. Ved at sykepleieren er tilstede ved denne metoden, kan man være der for å forklare, og svare på spørsmål som kan dukke opp der og da. En av studiene vi har funnet belyser dette, der pasientene som deltok satte stor pris på individuell rådgivning og at de fikk tid til å diskutere og snakke med sykepleieren (Kilonzo & O'Connell, 2010). Dermed følte pasientene at denne tiden var mer verdifull og adekvat for egen situasjon, enn det sykepleierne følte at det var (Kilonzo & O'Connell, 2010). Studien viser også at pasientene var usikre på den informasjonen som ble gitt under den akutte fasen av sykdommen, noe som gjør at det er viktig for oss som sykepleiere å være varsomme med hvor mye informasjon som skal gis for at pasienten skal mestre situasjonen der og da (Kilonzo & O'Connell, 2010). Vi tror at ved å starte i det små, ved å bruke figurer av hjertet og gi pasienten en enkel pasientbrosjyre, kan gjøre at hverdagen i ettertid kan bli enklere og at pasienten klarer å mestre sin situasjon bedre.

4.2 God informasjon skaper mestring

For svært mange vil det å oppsøke helsevesenet fordi man føler seg i dårlig form eller har blitt syk, føles svært inntrengende i sin egen identitet og sitt liv. Cullberg (2010) skriver om dette å bli innlagt i sykehus for undersøkelser og behandling, og det å komme inn i et helt annet miljø enn det man har hjemme, kan føles skremmende og usikkert. Alle mennesker er ulike, noe som gjør at vi også reagerer ulikt og hva slags følelser som settes i sving i enhver situasjon.

Mestring handler om evnen man har til å takle og håndtere opplevelser i hverdagen, slik at man fortsatt har følelsen av kontroll over seg og sitt liv (Lerdal & Fagermoen, 2011). Trude har blitt behandlet for det hjerteinfarkt hun har hatt, og det har foregått uten komplikasjoner. I Trudes tilfelle er det et stort håp for at fremtiden at hun kan fortsette og leve et sunt og godt liv, slik hun gjorde før hun ble syk. Lerdal & Fagermoen (2011) beskriver mestring, og at det er viktig for pasienten at man må kunne se forskjell på det man kan gjøre noe med, og det man må leve videre med. Dette er noe Trude kan få til etter den akutte fasen av krisen hun er i, er over. Eide & Eide (2011) beskriver at når den akutte fasen er over vil pasienten kunne få mer kontroll over situasjonen, og følelsene rundt det som har skjedd vil roe seg. Den troen på at man selv kan mestre både de praktiske og følelsesmessige sidene ved hjerteinfarkt vil bli styrket (Eide & Eide, 2011). Mæland (2006) skriver om motsetningen til det Eide & Eide (2011) skriver om at når den akutte fasen er over vil pasienten få mer kontroll over situasjonen. Mæland (2006) mener at å være i den akutte fasen og ta i bruk forsvarsmekanismer, som benekting i Trudes tilfelle, kan være en positiv faktor på veien til mestring. Det som skjer er at pasienten benekter alt som har skjedd i begynnelsen, men åpner opp horisonten sin mer og mer etter hvert, og dette kan føre til at man ser situasjonen mer som en helhet og tar det inn over seg (Reitan, 2010). Dermed kan forsvarsmekanismen være en del av mestringsstrategien til Trude (Reitan, 2010).

I forhold til det Trude må lære seg og leve med, vil fokuset for henne være medisinene. De fleste medisinene etter et hjerteinfarkt står pasienten på livet ut (Nordeng & Spigset, 2010). Akkurat i den fasen der hun skrives ut fra sykehuset, kan ting være veldig forvirrende for henne og dette med medisinene som hun ikke er vant med, vil være en stor utfordring som kommer i tillegg til det andre hun har opplevd. Et tiltak vi som sykepleiere kan sette i gang kan være at vi legger en ferdig dosett som hun kan få med seg fra sykehuset. Dette er noe vi har opplevd gjennom praksiserfaringer og jobb at har god effekt, når det har vært kaotisk for pasienten like etter utskrivelse fra sykehuset. Det å gjøre situasjonen med medisinene på denne måten, kan det bli lettere for pasienten etter hvert og overta "styringen" av medisinene sine selv. Hvis det lar seg gjøre og pasienten er mottakelig for mer informasjon ved utskrivelse, kan man tilby pasienten og være med å legge dosetten for å få en ekstra gjennomgang av medikamentene. Studien til Hanssen, Nordrehaug & Hanestad (2005) beskriver nettopp dette. Pasientene ga uttrykk for at de ønsket og at det var nødvendig at de hadde en aktivrolle for å kunne lære mer om den situasjonen de nå var i.

Selv om pasientene ønsket å ta en aktiv rolle, var det også mange pasienter som synes det var vanskelig å vite hva de skulle spørre om fordi de var redde for at spørsmålene ikke skulle være viktige og relevante (Hanssen et al., 2005). Det at vi som sykepleiere tar initiativet og spør om hun vil være delaktig kan være et skritt på veien til at hun føler seg komfortabel med situasjonen. Hvis Trude har nye spørsmål om virkning eller bivirkning ved de ulike medikamentene når hun har kommet hjem, kan hun for eksempel se i informasjonsbrosjyren hun har fått på sykehuset.

På Medisinsk Overvåkning på Sykehuset Innlandet i Elverum, tilbyr de pasientene oppfølging via telefon 5-6 uker etter at de har kommet hjem, for å høre hvordan det går med dem. I artikkelen til Hanssen, Nordrehaug & Hanestad (2005) viste resultatet av studien at pasientene satte pris på å ha telefonkontakt med sykehuset etter utskrivelsen, og at dette har blitt mer vanlig å tilby i den senere tiden. I tillegg til dette, har Hanssen, Nordrehaug, Eide & Hanestad (2007) funnet ut at telefonoppfølging fra en sykepleier kan bedre de fysiske dimensjonene, det vil si endring av levevaner til pasientene som ble fulgt opp, framfor de pasientene som ikke fikk telefonoppfølging. Selv om behovet for informasjon kan være individuelt, har kanskje mange pasienter like spørsmål angående den situasjonen de er i, og det kan dukke opp spørsmål fra andre pasienter som man ikke visste at man lurte på. Derfor kan det være en mulighet å ha informasjonsmøter i grupper (Høybakk, 2008). Hanssen, Nordrehaug & Hanestad (2005) gjorde en studie hvor resultatene viste at pasientene opplevde informasjonen de fikk som veldig generell, og det var vanskelig å vite hva man skulle spørre om fordi det var så mye som skjedde på kort tid. Det var prøvd ut informasjonsmøte i grupper, men da var noen av pasientene redde for å stille dumme spørsmål og at de skulle føle seg dumme i store forsamlinger (Hanssen et al., 2005). Da vi snakket med fagsykepleier på Medisinsk Overvåkning på Sykehuset Innlandet Elverum fortalte hun oss at de arrangerer hjerteskolet for pasienter som har en hjerte-og karsykdom, der de lærer om hvordan man kan leve videre med sykdommen sin, både i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige utfordringer. Dette kan være et godt alternativ for Trude og være med på når hun har kommet hjem etter utskrivelsen og ting har begynt å falle mer på plass for henne.

Pasientoppfølging med sykepleier kan forebygge psykisk stress hos pasienten som viste seg i resultatet av studien til Hanssen, Nordrehaug, Eide & Hanestad (2007). Stress skapes når det er en ubalanse mellom de krav og påkjenner man blir utsatt for i hverdagen, og pasientens evne eller forutsetninger til å mestre eller oppfylle disse (Hjertelig Informasjon, 2011). Reitan

(2013) skriver at stress kan gjøre det vanskelig for pasienten å mestre livssituasjonen. I tillegg er stress ugunstig for pasienter som har hatt hjerteinfarkt, da det kan føre til nye symptomer og mye engstelse (Hjertelig Informasjon, 2011). Sykepleierens forebyggende funksjon kommer inn i bildet her, da man må sørge for at pasienten ikke blir utsatt for stress, og at pasienten finner metoder som er gode for seg for å unngå dette. Bruk av avspenningsteknikker er effektivt for å forebygge stress og å slappe av. En slik avspenningsteknikk kan være å sette på rolig musikk og fokusere på sin egen pust, kan gjøre det mulig å koble av fra hverdagens stressfaktorer. Dette er noe vi har god erfaring med å gjøre selv.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleieren kan tilrettelegge slik at pasienten får informasjon til å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt.

Gjennom artikler, pensum – og selvvalgtlitteratur har vi kommet fram til, på bakgrunn av vår problemstilling og gjennom drøftingen, at god informasjon er viktig for Trude. God informasjon gir blant annet bedre livskvalitet og øker mestringsevnen. Vi har også kommet fram til i drøftingsdelen at god kartlegging av Trude ut ifra sykepleieprosessen vil gjøre at behovene hennes blir tydelige, og det kommer fram hvilken informasjon hun har behov for. At sykepleieren har tid til å snakke med Trude og gi henne den informasjonen hun behøver kan være med på å hjelpe henne til å mestre situasjonen etter hjemkomst. Sykepleieren må vurdere situasjonen før hun gir informasjon til pasienten, for det er ikke sikkert pasienten er mottakelig for informasjon.

Ettersom Trude er i en krisesituasjon og benekter situasjonen, kan det være vanskelig for henne å huske informasjonen hun har fått på sykehuset, og hun kan komme på spørsmål når hun kommer hjem. At sykehuset tilbyr telefonkontakt til pasienten noen uker etter utskrivelse kan hjelpe pasienten til å føle trygghet, vet at hun vet at hun blir fulgt opp i ettertid. Det å delta på en hjerteskoole kan skape mestring hos Trude ved å friske opp informasjonen hun fikk på sykehuset.

6.0 Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Bielecki, T. & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Buberg, L. I. (1999). *Tilbake til livet- og hverdagen*. (Høgskolen i Oslo Rapport nr.8, 1999). Oslo: Høgskolen i Oslo (s.5).

Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Folkehelseinstituttet. (2014). *Hjerte – og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:::0:0

*Granum, V. & Halse, K. (2010). Pasientundervisning krever kunnskap. *Sykepleien* 98 (15), 62-64.

*Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E., Eide, G.E. & Hanestad, B.R. (2007). Improving outcomes after myocardial infarction a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 429-437.

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

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §10. (2013).

*Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012-2014*. (s. 271). Oxford: Wiley – Blackwell.

*Hjerteinfarkt med ST – elevasjon. (2013). *Norsk Legemiddelhandbok*. Lokalisert på http://legemiddelhandboka.no/xml/utskrift.php?frid=tk-08-hjertekrets-3833&b_start=1&il=true

**Hjertelig informasjon – til pasienter med hjerte – og karsykdom – under og etter sykehusinnleggelsen*. (2011). (s. 1-29). Lillehammer: Sykehuset Innlandet.

Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I Knutstad, U. (Red.). *Sykepleieboken 3 – klinisk sykepleie*. (s. 133-185). Oslo: Akribe.

*Jørgensen, E., Hole-Drabløs, B. & Krogset, J. (2010). Pendlerpasienten-pasienter med hjerte-og karsykdommer flyttes mellom sykehusene og for derfor ikke alltid den undervisningen de har behov for. *Sykepleien*, 98 (12), 54-56.

*Kilonzo, B. & O'Connell. (2011). Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Blackwell Publishing Ltd, Journal of clinical nursing*, 20, 1160-1167.

Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Mangschau, A. & Skjæggestad, Ø. (2007). Behandling av akutt hjerteinfarkt: fra sengeleie til høyteknologi. I Forfang, K. & Rasmussen, K. (Red.). *Det norske hjerte – norsk hjertemedisins historie*. (s. 259-268). Universitetsforlaget.

*Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg., s. 11-18, 56-66). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.) (2010). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

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

Pasient – og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-2. (2013).

*Pedersen, K. R. & Vrenne, Å. B. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning? *Sykepleien*, 100 (07), 52-54.

Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - sykepleieboken 2* (3.utg., s. 74-107). Oslo: Akribe.

Rotegård, A.K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids – og beslutningsprosess. I I.M Holter & T.E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskaper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1*. (4.utg., s.190-246). Oslo: Akribe.

* Schenck – Gustafsson, K. (Red.). (2011). *Kvinnohjärtan – hjärt – och kärleksjukdomar hos kvinnor*. (s.38-52). Lund: Studentlitteratur.

* Smith, J. & Liles, C. (2006). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients; a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671.

*Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Pasienter på somatiske sykehus, 2012*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient>

*Sykehuset Innlandet. (2008). *Veiledende behandlingsplan Coronar syndrom – Akutt*. Lokalisert på Sykehuset Innlandets intranett.

Sykepleierforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (s. 1-287). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

*Tørstad, S. & Iversen, E. S. (2004). Informasjonsbehov ved utskriving fra kirurgisk avdeling. *Sykepleien*, 92 (03), 44-48.

Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2012). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal