



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling folkehelsefag  
4BACH

Maja Skomsøy og Monissa Noro  
Veileder: Gunvor Volla Stensrud

# Når hjertet brister- Hjerteinfarkt og mental helse

When the Heart Breaks-  
Myocardial Infarction and Mental Health

Antall ord: 11 449

Bachelor i sykepleie, BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

# Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge i 2012 var det i overkant av 12 000 hjerteinfarkt (Statistisk sentralbyrå, 2012). 45% av alle som går gjennom et hjerteinfarkt, utvikler depresjon. Vi har vært i praksis på hjertemedisinsk sengepost hvor vi opplevde at pasienters mentale helse ikke ble satt i fokus hos sykepleiere.

**Hensikt:** Vår problemstilling ble derfor: ”Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?”. Hensikten med denne problemstillingen var å finne ut av hvordan sykepleiere kan fokusere på pasienters mentale helse og dermed hindre at de utvikler psykiske lidelser som depresjon.

**Metode:** Vi har brukt litteraturstudium som metode. Ved en litteraturstudie er metoden vurdering og analysering av kunnskap som allerede eksisterer i bøker og artikler. Vi har bruk pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur, offentlige styringsdokumenter som lover og retningslinjer, samt fire forskningsartikler.

**Resultat/Konklusjon:** Vi har valgt arenaen somatisk sykehus, hjertemedisinsk sengepost. Det å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse i sykepleiesammenheng, er å bruke sykepleiefunksjonene (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2005). Hummelvoll (2012) hevder at det er to faktorer som er avgjørende om en pasient utvikler en depresjon. Dette er: belastning og personlige ressurser. Gjennom å lindre, behandle, forebygge, helsefremme og undervise, vil sykepleieren kunne fjerne psykiske og fysiske belastninger samt styrke pasientens personlige ressurser for god helse. Dermed blir pasientens mentale helse ivaretatt og pasienten har mindre sjanse for å utvikle depresjon.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Presentasjon av problemstilling	5
1.2 Avgrensninger	6
1.3 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Metode	8
2.1 Hva er metode	8
2.2 Litteraturstudie som metode	8
2.3 Presentasjon av litteratursøk	8
2.4 Presentasjon av valgte forskningsartikler	10
2.5 Styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode	14
3.0 Teoretisk referanseramme	16
3.1 Sykepleie	16
3.1.1 Sykepleiefunksjoner	16
3.1.3 Sykepleieprosessen	18
3.1.2 Hendersons sykepleieteori	18
3.1.3 Travelbee sin sykepleieteori	19
3.2 Hjerteinfarkt	21
3.2.1 Kriser	22
3.2.2 Hjerteinfarkt, depresjon og sykepleie	23
3.3 Depresjon	24
3.4 Folkehelse	25
3.4.1 Salutogenese	25
3.5 Offentlige styringsdokumenter	26
3.5.1 Relevant lovverk	26
3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer	27
4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?	28
4.1 Hvordan kan lindrende og behandlende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?	28

4.1.1 Hvordan bruke lindrende sykepleie for å ivareta den mentale helsen til hjerteinfarktpasienter?	29
4.1.2 Hvordan bruke behandlende sykepleie for å ivareta den mentale helsen til hjerteinfarktpasienter?	31
4.2 Hvordan kan forebyggende & helsefremmende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?	33
4.2.1 Hvordan kan den forebyggende sykepleiefunksjonen bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?	33
4.2.2 Hvordan kan den helsefremmende sykepleiefunksjonen bidra til å fremme hjerteinfarktpasienters mentale helse?	35
4.3 Hvordan kan undervisende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?	37
4.3.1 Hvordan kan sykepleiere informere hjerteinfarktpasienter?	38
4.3.2 Hva skal sykepleieren informere om?	39
5.0 Konklusjon	42
Referanseliste	44

# 1.0 Innledning

En kjent kardiolog sa en gang: ”Etter et hjerteinfarkt har pasienten større problemer i sinnet enn i hjertet” (Mæland, 2006 s.45). Hjerteinfarkt er en sykdom som lenge har truet folkehelsen, og selv om antall hjerteinfarkt har gått ned de siste årene, var det fortsatt ca. 12 000 tilfeller av dette i 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Forskning viser at ca. 45% av alle hjerteinfarktpasienter utvikler depresjon (Haws, Ramjeet, & Gray, 2011). I følge Øverby, Torstveit & Høigaard (2011) er psykiske lidelser en av vårt samfunns største folkehelseutfordringer. Pasienter som utvikler depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt, har større sjanse for å få alvorlige komplikasjoner, flere reinnleggelser og har 3-4 ganger økt dødelighet (Haws e al., 2011). Dette er relevant for sykepleiefaget siden det er sykepleierne som ofte har den tettteste kontakten med hjerteinfarktpasienter på somatiske sykehus. I følge Kirkevold (2012) er det sykepleierens oppgave å ta vare på hele mennesket.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Vi ønsker å skrive en bacheloroppgave hvor vi fokuserer på den mentale helsen etter et hjerteinfarkt. Vi har gjennom praksiserfaring opplevd at sykepleiere fokuserer mest på den fysiske pasientdimensjonen hos hjerteinfarktpasienter. Gjennom vårt studie har vi lært at det psykiske og fysiske henger sammen, og derfor kan man ikke bare ha fokus på en dimensjon.

Vår problemstilling ble derfor:

*”Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?”*

## 1.2 Avgrensninger

Ordet ”Mental helse” er et stort begrep. WHO definerer mental helse som:

Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. (WHO, 2013).

Vi har funnet forskning som viser at depresjon er en vanlig og alvorlig konsekvens etter gjennomgått hjerteinfarkt (Haws et al., 2011). Vi fokuserer derfor på å ivareta pasientens mentale helse for å unngå at pasienten utvikler depresjon, siden dette kan gi alvorlige konsekvenser for enkeltindividet. Depresjon gir pasienten dårligere prognose for å overleve og pasienten får dårligere livskvalitet (Haws et al., 2011). Depresjon har også en innvirkning på folkehelsen på samfunnsnivå siden antall deprimerte pasienter øker (Helsedirektoratet, 2009).

Vi har valgt arenaen somatisk sykehus og hjertemedisinsk sengepost siden det er her vi har vår erfaring fra. Det er også her pasientene som oftest ligger lengst, og sykepleierne på hjertemedisinsk sengepost er de som har ansvaret for utskrivelse og videre oppfølging av pasientene (Mekki & Holter, 2011). Siden pasienter ofte utvikler depresjon etter hjemkomst, blir det naturlig å fokusere på hva sykepleieren kan gjøre i forkant inne på sengeposten, for å hindre at pasienten utvikler depresjon.

Mæland (2010) hevder at det er to faktorer som avgjør om en pasient utvikler depresjon: belastninger og personlige ressurser. Vi vil fordype oss i disse sykepleiefunksjonene: behandlende, lindrende, forebyggende & helsefremmende og undervisende. Disse funksjonene er pasientnære og ligger til grunn for å fjerne belastninger og styrke personlige ressurser hos pasienten (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2005). Det er også disse funksjonene som er omtalt som de direkte sykepleiefunksjonene. Vi har derfor valgt å ikke fokusere på den administrerende og den fagutviklende funksjonen. Siden vi befinner oss på et somatisk sykehus, velger vi å ikke fokusere på den rehabiliterende funksjonen.

Depresjon og hjerteinfarkt er diagnoser som arter seg forskjellig hos kvinner og menn både når det gjelder symptomer, forekomst og årsaker (Knutstad, 2008). I den forskningen vi har funnet er det ikke gjort forskjell på kvinner og menn, derfor velger vi å ha fokus på begge kjønn. Vi har valgt å ikke avgrense oss til en bestemt aldersgruppe. I vår oppgave fokuserer vi på pasienten og ikke pårørende, fordi forskningen vi har funnet omhandler pasient og sykepleier.

## 1.3 Oppgavens disposisjon

Vår oppgave begynner med et innledningskapittel hvor vi presenterer tema, problemstilling, avgrensinger og oppgavens disposisjon. Deretter kommer et metodekapittel hvor vi skriver om litteraturstudie som metode, presentasjon av litteratursøk og presentasjon av forskningsartikler med kildekritikk. I kapittelet teoretisk referanseramme vil vi presentere funnene i vår oppgave. Først skriver vi om sykepleie hvor vi fokuserer på sykepleiefunksjonene, sykepleieprosessen, Hendersons sykepleieteori og Travelbees sykepleieteori. Etter kapittelet om sykepleie kommer en teoretisk presentasjon av hjerteinfarkt, etterfulgt av et kapittel om depresjon, deretter kommer et kapittel om folkehelse. Sist har vi en kort presentasjon av offentlige styringsdokumenter som styrer vår utøvelse av sykepleie. I vårt drøftingskapittel har vi valgt å dele inn i underkapitler etter sykepleiefunksjonene for å få bedre oversikt i teksten. Først den lindrende og behandlende sykepleiefunksjonen, så den helsefremmende og forebyggende sykepleiefunksjonen og til slutt den undervisende sykepleiefunksjonen. Til slutt har vi et konklusjonskapittel hvor vi har en kort konklusjon av vår drøfting.

## 2.0 Metode

### 2.1 Hva er metode

Det middelet vi bruker for å løse problemer, etterprøve påstander og dermed komme frem til ny kunnskap, kalles metode (Dalland, 2012). Vi kan bruke kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene tar for seg å samle kunnskap inn i målbare enheter for å gi en forklaring på et fenomen. Her analyserer man tall og prosenter (Dalland, 2012). De kvalitative metodene tar for seg å gi en forklaring til et fenomen. Her er målet å finne mening, opplevelse og forståelse (Dalland, 2012). I vår studie har vi brukt kunnskap hentet med både kvalitativ og kvantitativ metode.

### 2.2 Litteraturstudie som metode

I retningslinjene til vår oppgave står det at vi skal bruke litteraturstudie som metode. Ved en litteraturstudie skal vi ikke fremskaffe ny kunnskap, men bruke den kunnskapen som allerede finnes i faglitteratur. Dalland (2012) skriver at metoden i et litteraturstudium er vurdering av kunnskapen som fins i bøker og artikler. Vi skal derfor bruke pensumlitteratur, relevant litteratur og minimum fire forskningsartikler. For å svare på vår problemstilling har vi gått gjennom relevant pensumlitteratur, brukt skolens bibliotek for å finne annen faglitteratur som er mer rettet mot vår problemstilling, og vi har brukt internett for å søke etter forskningsartikler. Når vi hadde et bredt teorigrunnlag, begynte vi å tolke, analysere og drøfte kunnskapen for å besvare vår problemstilling på best mulig måte.

### 2.3 Presentasjon av litteratursøk

Bøkene vi har brukt i vår bacheloroppgave, er bøker vi har funnet på høgskolens bibliotek. Boken *Helhetlig hjerterehabilitering* (Mæland, 2006) fant vi ved å søke på ordene ”hjerte” og ”sykepleie” på søkemotoren Oria. Denne boken tar for seg flere aspekter ved hjertepasienten, noe vi også fokuserer på i vår oppgave. Vi måtte også basere vår oppgave på en eller flere sykepleieteorier og vi fant boken *Interpersonal aspect of nursing* (Travelbee, 1971) ved å søke på navnet ”Joyce Travelbee” i Oria.



Da fant vi også *Oversikt over Joyce Travelbees sykepleieteori* (Torjuul, 2001). *ICNs sykepleiens grunnprinsipper* (Norsk Sykepleierforbund, 1993) som omhandler Virginia Henderson sin sykepleieteori, fant vi ved å søke på navnet ”Virginia Henderson” i Oria. Det er for det meste disse tre selvvalgte bøkene vi har basert vår besvarelse på. For å finne litteratur om sykepleiefunksjonene brukte vi første kapittel i boken *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (Kristoffersen et al., 2005), denne sto på pensumlisten til tidligere kull og var lett tilgjengelig på biblioteket. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2009) fant vi på helsedirektoratets nettside ved å søke på ordet ”Depresjon”.

Når vi skulle finne sykepleieforskning, ønsket vi artikler som omhandlet det mentale aspektet etter et hjerteinfarkt. Alle søkeordene er nøkkelord i vår problemstilling. Vi brukte engelske søkeord som: ”Nursing” ”Heart attack”/”Myocardial infarction” ”Depression” og ”Outcome”. Vi ville også bruke forskning fra Norge, siden det er disse funnene som representerer vårt samfunn. Da brukte vi søkeord som: ”Informasjon”, ”Hjerteinfarkt” og ”Sykepleie”. Søkemotorene vi brukte, var Oria og Google Scholar siden disse har mange databaser og vi ønsket vide treff for å finne ut av hva som fantes av forskning innenfor vårt tema. Våre utvelgelseskriterier var at forskningen skulle være under 10 år gammel og helst fagfelleverdert. Fagfelleverderte artikler er kritisk vurdert av eksperter innenfor fagfeltet, dette bidrar til å øke troverdigheten av funnene i studien (Dalland, 2012). Vi fikk mange treff på våre søk, og leste gjennom flere artikler, men vi valgte til slutt ut tre artikler fra vårt internettsøk siden disse var mest relevant for vårt tema. En artikkel fikk vi av en doktorgradsstipendiat ved avdeling folkehelsefag ved Høgskolen i Hedmark. Vi måtte ha minimum fire forskningsartikler i vår oppgave.

## 2.4 Presentasjon av valgte forskningsartikler

*Nurse Knowledge and Attitudes- A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction.*

(Haws, Ramjeet, & Gray, 2011)

Denne forskningsartikkelen fant vi ved å søke i søkemotoren Oria på ordene:

”Depression”, ”Heart attack” og Nursing. Vi begrenset søket til fagfelleverderte artikler og fikk da 1454 treff og denne artikkelen var nummer 1. Dette er en kvantitativ forskning.

I denne studien ville de gå inn i fastleger og sykepleiere sine holdninger til depresjon etter hjerteinfarkt. Depresjon og hjerteinfarkt hører sammen, både som årsak til et hjerteinfarkt og som konsekvens av et hjerteinfarkt. Pasienter med depresjon har 3-4 ganger forhøyet risiko for å dø av hjerteinfarkt. For å rekruttere deltakere sendte de en mail til sykepleierne som abonnerte på bladene *Primary cardiovascular journal* og *British Journal of Primary Care Nursing* og inviterte de til å delta i en spørreundersøkelse. Spørreskjemaet de mottok var utviklet av ti kardiologiske sykepleiere og forfatterne av artikkelen.

Hovedresultatene fra denne undersøkelsen var at sykepleierne visste veldig lite om at depresjon er en vanlig tilleggssykdom etter hjerteinfarkt. Bare halvparten av alle sykepleierne i denne studien uttrykte at depresjon var noe de prioriterte under et møte med pasienten. Kun litt over halvparten av alle deltakerne visste hvor mye depresjon påvirker prognosene til hjerteinfarktpasienter. Forfatterne påstår at dersom flere vet hvor vanlig depresjon etter hjerteinfarkt er og hvor alvorlig dette kan være, vil flere pasienter få riktig behandling. Sykepleiere er de som har mest kontakt med pasienten etter et hjerteinfarkt, og det at de ikke klarer å gjenkjenne depresjon, er bekymringsfullt.

Det er betenkelig at deltakerne fikk betalt for å delta i undersøkelsen. Det var også få som valgte å svare på undersøkelsen. En mulighet er at de som velger å delta i en slik undersøkelse er de som er litt interessert i depresjon og hjerteinfarkt fra før? Om alle svarte, ville det da vært ”dårligere” resultater? I andre forskningsartikler har de fått lignende funn om sykepleieres holdninger til depresjon etter hjerteinfarkt. Derfor er

vår mening at funnene representerer yrkesgruppen på en OK måte. Deres spørreskjema ble også utprøvd og forbedret før de satte i gang selve undersøkelsen.

*The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction*

(Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006)

Vi brukte søkemotoren Google Scholar og søkeordene: ”Informasjon”, ”Hjerteinfarkt” og ”Sykepleie”. Vi begrenset søket til 2004-2014 og fikk 1180 treff. Det andre treffet var en bachelor med navn: ”Hvordan skal jeg som sykepleier ivareta/imøtekomme pasientens behov for informasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt før utskrivelse fra sykehus” fra 2010 av June Elise Ørjansen. Vi fant denne oppgaven interessant og i litteraturlisten fant vi denne forskningsartikkelen som også er relevant til vår problemstilling .

Bakgrunnen for denne kvantitative studien var å utforske og beskrive forholdet mellom mottatt informasjon og pasienttilfredshet etter hjerteinfarkt. En viktig forutsetning for at pasienter skal få god rehabilitering etter et hjerteinfarkt, er at de har mottatt god informasjon og undervisning. God informasjon fører til økt kunnskap, redusert angst, bedre selvtillit og tilfredshet med helsehjelpen de fikk. I en periode mellom oktober 2001 og desember 2003 ble det rekruttert hjerteinfarktpasienter til å delta i en spørreundersøkelse på Haukeland Universitetssykehus. Før pasientene ble skrevet ut, samlet de inn informasjon om kjønn, alder, lengde på sykehusopphold, røyking, tidligere hjerteinfarkt og lignende. 6 uker etter utskrivning fikk de et spørreskjema på E-post.

Resultatet var at flesteparten svarte at de fikk mest informasjon om røyking, hjerteinfarkt og årsaker. Deltakerne hevdet at de fikk minst info om seksuell aktivitet, medikamentbruk, arbeidslivet og mulige problemer etter hjerteinfarkt. Mange svarte at de fikk for lite informasjon under utskrivelse og etter at de kom hjem. Jo mer informasjon pasientene fikk, jo mer tilfreds var de med oppholdet. De hevdet også at sykehusene kunne bli flinkere til å informere om oppfølgingen etter hjerteinfarkt, undersøkelser og medisiner. Det er viktig å tilrettelegge informasjonen til pasienten

etter deres behov. Pasienten ønsker bedre og mer informasjon ved og etter utskriving om livet som venter.

Vi mener dette er en valid kilde grunnet måten deltakere ble rekruttert på og at det var høy deltakelse på undersøkelsen. Likevel ser man at de som valgte å ikke svare, hadde flere liggedøgn enn de som deltok. Det kan være mange årsaker til at disse ikke deltok som alder, omfanget av hjerteinfarkt, interesser, kjønn og tilfredshet. Disse faktorene kan ha hatt noe å si på resultatet.

### *Clinical outcomes associated with screening and referral for depression in an acute ward.*

(Ski, Page, Thompson, Cummins, Zalzburg, & Worrall-Carter, 2012)

Vi har valgt å bruke søkeordene: "Depression, "Myocardial infarction" Nursing" "Outcome" på databasen Oria. Vi begrenset søket til artikler etter 2007 og valgte kun fagfelleverderte artikler. Vi fikk 1307 treff og fant artikkelen som nummer 10 på listen.

Bakgrunnen for denne forskningsartikkelen var å ta for seg et verktøy for oppdage risiko for depresjon hos hjerteinfarktpasienter og videre henvisning av pasienten. Forskningen viser sterk sammenheng mellom hjertesykdommer og depresjon. I tillegg til å ha høyere dødelig har også pasienter med depresjon dårligere livskvalitet, økt bruk av helsevesenet og de er dårligere til å ta medikamenter. Ofte kommer depresjonen etter et hjerteinfarkt og kan være med på å redusere bedringen til pasienten. Mange helsearbeidere mistolker symptomene på depresjonen og tror det er en normal og forventet reaksjon etter et hjerteinfarkt som fatigue, tap av appetitt, søvnvansker og svekket konsentrasjon. Dette fører til at depresjonen ikke blir oppdaget eller fulgt opp. I studien viste det seg at 1/3 av pasienter med en hjertesykdom hadde depresjon før hendelsen og 60-70% var deprimeret etter hendelsen. Pasienter med hjertesykdommer og depresjon har økt selvmordsrate. Studien har vist at mild depresjon er en risikofaktor for forverring og varig depresjon etter hjerteinfarkt.

I studien har de valgt å bruke et screeningsverktøy: The cardiac depression scale(CDS-5), og et henvisningsverktøy for hjertepasienter. Skalaen er delt opp i høy risiko, moderat og ingen risiko. Screening identifiserte at over halvparten av pasientene hadde risiko for depresjon. 19% hadde moderat risiko og 34 % hadde høy risiko. De med høy risiko ble fulgt opp og dokumentert mer enn de som hadde moderat risiko. Ved bruke verktøy har man mulighet til oppdage og henvise til behandling av depresjon tidlig.

Dette er en kvantitativ forskning. Forskningen er basert på to store sykehus i Australia og det er uvisst om resultatene er representative for norsk helsevesen. Det var 202 pasienter som deltok i undersøkelsen i en periode på 18 uker. Pasientene ble hentet fra to hjerteavdelinger fra forskjellige sykehus, en fra kirurgisk avdeling og en fra medisinsk avdeling. Det at så mange deltok i undersøkelsen og at deltakere ble rekruttert fra to forskjellige sykehus, er med på å styrke validiteten til denne forskningen. Verktøyene som ble brukt ble laget og godkjent av et ekspertteam som har utdannelse i kardiologi og psykiatri, dette styrker troverdigheten til studien.

*Unmet information and communication need in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery*

(Martinsen & Moen, 2010)

Vi var kjent med at Randi Martinsen, doktorgradsstipendiat ved avdeling for folkehelsefag ved Høgskolen i Hedmark, har skrevet forskning om hjertepasienter. Vi valgte derfor å gå innom hennes kontor for å snakke om dette. Vi fikk utdelt en forskningsartikkel som er relevant til det vi skal skrive om.

Forskningen til Martinsen og Moen omhandler pasienter etter koronar bypassoperasjon. Målet med studien var å sette fokus på pasientens behov for informasjon og kommunikasjon etter inngrep. Martinsen & Moen skriver at det er viktig å tenke over når man gir pasienten informasjon. Etter operasjon er ikke pasientene mottakelig eller interessert i å forstå den informasjonen og undervisningen som blir gitt. For å forstå utfordringen under rehabiliteringsprosessen og informasjonsbehovet, trenger man å belyse individets informasjonsbehov i den

intermediære bedringsfasen. Målet for forskningen er å øke oppmerksomheten mot informasjon og kommunikasjon etter sykehusopphold.

I intervjuene kommer det frem at pasientene syntes det var vanskelig å forstå og huske den informasjonen som ble gitt på sykehuset. Mye av informasjonen som pasienten får, handler om prosessen i pre-, per- og post-operativt forløp og noe generell informasjon om forebygging og livsstilsendring. Selv om pasienten følte at de fikk god informasjon, følte de at de ikke fikk bra nok informasjon om utfordringene som man kommer til å møte etter sykehusoppholdet. I intervjuene kommer det frem at pasientene ønsker mer informasjon om hverdagslige utfordringer.

Forskningen er en kvalitativ forskning. De har brukt intervju for å hente data om bedringsprosessproblematikk, informasjon og kommunikasjon som trengs tre måneder etter operasjon. Funnet er fra 10 informanter (6 kvinner og 4 menn) fra alderen 45-64 år. De ble intervjuet tre måneder etter operasjon hjemme hos dem. Hvert intervju hadde en varighet på 1 time. Vi synes det er få deltakere med i studien selv om det er innenfor minimumskravet. Intervjuene fant sted mellom 2003 og 2004 noe som begynner å bli en stund siden og mye har skjedd med pasienttilbudet til hjertesyke pasienter på ti år. Fra vår erfaring fra praksis, har vi sett at det blant annet har kommet tilbud om hjerteskoletilbud etter utskrivelse til denne pasientgruppen.

## 2.5 Styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode

Dalland (2012) skriver at en litteraturstudie bygger på skriftlige kilder. Fordelen med denne typen studie er at vi har anledning til å bruke all verdens litteratur. En styrke ved vår metode er at vi har valgt et tema vi er godt kjent med fra før. Vi har derfor kunne støtte oss på tidligere pensumlitteratur i vår besvarelse. Denne litteraturen er godkjent som pensumlitteratur ved Høgskolen i Hedmark og dette styrker validiteten til kildene. Det metodiske redskapet vi bruker ved et litteraturstudie er vurderingen av den skriftlige litteraturen vi finner (Dalland, 2012). Dette setter krav til vår evne til å forstå og anvende litteraturen opp mot vår problemstilling. En svakhet ved denne type studie er da om vi mistolker funnene av vårt litteratursøk. Alle våre forskningsartikler

er skrevet på akademisk engels, noe som til tider kan være utfordrende. Dette kan føre til at vi misforstår og/eller mistolker det som blir skrevet. Vi har derfor lest disse artiklene godt for å få så god forståelse av innholdet som mulig. I enkelte tilfeller kan det også være vanskelig å finne gode norske oversettelser på enkelte ord og uttrykk. En annen svakhet med litteraturstudie som metode er tidsbegrensningen vi har. Fra vi begynte å søke etter litteratur til vi skal levere inn den ferdige oppgaven, har vi ca. 8 uker. Derfor kan vi ikke bruke ubegrenset tid til å søke etter aktuell litteratur. En annen svakhet med et litteraturstudium er at vi ikke får prøvd ut vår problemstillingen ute i praksisfeltet.

For å finne annen litteratur, kunne vi vært mer spesifikke i vårt søk etter bøker. Vi brukte nøkkelordene i vår problemstilling som er ”Sykepleie”, ”Depresjon” og ”Hjerte”. For å ha et bredere forskningsgrunnlag i vår besvarelse, kunne vi søkt etter forskning om andre tema. Vi fant to artikler om informasjon til hjerteinfarktpasienter og vi fant to artikler om depresjon etter hjerteinfarkt. Annen forskning som kunne vært relevant, er forskning om sykepleiefunksjonene, Sence of Coherence, årsaker til depresjon og holdninger til pasienters mentale helse blant sykepleiere på somatisk sengepost.

## 3.0 Teoretisk referanseramme

Vår problemstilling er: *Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?* For å besvare problemstillingen, må vi ha et teoretisk grunnlag. I vår teoretiske referanseramme, presenterer vi teori rundt nøkkelordene i problemstillingen som er sykepleie, hjerteinfarkt, depresjon, folkehelse og offentlige styringsdokumenter. Etter vi har presentert teorien, vil vi gå inn å analysere denne i lys av vår problemstilling.

### 3.1 Sykepleie

I vår problemstilling vil vi finne svaret på hvordan vi som sykepleiere kan ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse. For å besvare dette, må vi vite hva sykepleie er. Det er mange sykepleieteoretikere som har ulike synspunkt på denne profesjonen. Vi har valgt å analysere sykepleie med utgangspunkt i sykepleiefunksjonene i lys av Virginia Hendersons og Joyce Travelbees sykepleieteorier.

#### 3.1.1 Sykepleiefunksjoner

I vår problemstilling bruker vi ordet *ivareta* og det betyr ”å ta vare på”. Vi ser det i sykepleiesammenheng og det å ivareta en pasient er å bruke sykepleiefunksjonene. I følge Kristoffersen et al. (2005) har sykepleieren syv funksjoner. Disse er helsefremmende & forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende, administrative og fagutviklende funksjon. Her kommer en kort presentasjon av de funksjonene vi fokuserer på, og det er igjennom disse funksjonene vi vil drøfte vårt teorigrunnlag.

Sykepleierens behandlende funksjon går ut på å ivareta de grunnleggende behovene pasienten ikke selv klarer å dekke (Kristoffersen et al., 2005). Denne funksjonen kan vi knytte direkte opp mot Henderson sin sykepleieteori som går ut på at sykepleieren skal ivareta pasientens liv og helse når han/hun ikke klarer dette selv (Kirkevoll, 2012). I følge Kristoffersen et al. (2005) går den behandlende funksjonen ut på at sykepleieren kan utøve en handling for pasienten, eller veilede han/hun slik at



pasienten klarer det selv. Videre hevder de at sykepleierens behandlende funksjon tar for seg alle pasientdimensjonene. Når vi ser på denne funksjonen opp mot Henderson sin teori, er det naturlig å tenke på de grunnleggende behovene (Kristoffersen et al., 2005). I følge Mekki & Holter (2011) er disse: respirasjon & sirkulasjon, bevissthet, temperaturregulering, ernæring & eliminasjon, personlig hygiene, aktivitet, søvn & hvile, seksualitet og livssyn, verdier & behov for åndelig omsorg.

Den lindrende funksjonen tar for seg å minske lidelse og belastninger pasienten har grunnet sykdom eller behandling (Kristoffersen et al., 2005). I følge Mekki & Holter (2011), består lindrende sykepleie av helhetlig tenkning. I tillegg hevder de at verdier i lindrende sykepleie er kontinuitet, tilgjengelighet, nærhet og helhet. I denne sykepleiefunksjonen ser vi mye av teoretikeren Travelbee (1971) sin tenkning. Hun definerer også lidelse som en helhetlig opplevelse, altså, åndelig, psykisk og fysisk. Hensikten med denne funksjonen er å øke pasientens velvære (Mekki & Holter, 2011). I følge Kristoffersen et al. (2005) er velvære et paradoksalt begrep i den forstand at man opplever denne tilstanden først når ubehag, smerte og lidelse slipper taket.

Sykepleieren sin helsefremmende og forebyggende funksjon er rettet mot både syke og friske pasienter og har som mål å hindre at sykdom oppstår. Sykepleieren kan forebygge før en sykdomstilstand oppstår, det vil si primærforebygge.

Sekundærforebygging er å sette inn tiltak for å minske videre utvikling av sykdom. Tertiærforebyggende sykepleie tar for seg å hindre komplikasjoner etter sykdom har oppstått (Kristoffersen et al., 2005). I følge Mæland (2010) tar ikke helsefremmende sykepleie utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer. Han mener at helsefremmende arbeid går ut på å styrke personers ressurser for god helse.

Den undervisende funksjonen har som mål å undervise og informere pasienter og pårørende (Kristoffersen et al., 2005). I følge Tveiten (2008) er hensikten med denne funksjonen oppdagelse, læring, vekst og mestring. Den undervisningen sykepleieren gir er avhengig av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale faktorer i pasientens liv (Tveiten, 2008). En norsk studie viser at om pasienter blir adekvat informert, vil det føre til økt kunnskap, redusert angst, større tro på seg selv og økt tilfredshet (Oterhals et al., 2006). Funnene viste at hjerteinfarktpasienter savnet informasjon om psykiske

og følelsesmessige aspekter om livet etter hjemkomst. Studien til Martinsen & Moen (2010) viser at den informasjonen som sykepleierne og legene syntes var viktig at de mottok, ikke alltid var det de hadde behov for informasjon om. For at sykepleieren skal kunne arbeide systematisk, målrettet og metodisk, bruker vi sykepleieprosessen (Mekki & Holter, 2011).

### 3.1.3 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsningsmodell som skal bidra til å sikre individuell tilpasset sykepleie av god kvalitet (Mekki & Holter, 2011). Dette redskapet brukes uansett funksjonsområde og vi vil komme med eksempler på hvordan vi kan bruke denne i praksis i vår drøfting. Sykepleieprosessen har fem faser:

**Datainnsamling** vil si å samle informasjon om pasientens behov og ressurser.

**Diagnostisering** vurderer vi funn som er aktuelle for sykepleieutøvelsen.

**Planlegging** går ut på å prioritere pasientens behov samt å formulere mål.

**Implementering** av sykepleietiltakene for å nå målene

**Evaluering** skal skje kontinuerlig for å sørge for at tiltakene har ønsket effekt (Mekki & Holter, 2011)

### 3.1.2 Hendersons sykepleieteori

For å kunne ivareta pasientens mentale helse må vi se på de grunnleggende behovene, derfor bruker vi sykepleieteorien til Virginia Henderson (Mekki & Holter, 2011).

Virginia Henderson sin sykepleieteori er en såkalt behovsteori og hun definerer sykepleierens særegne funksjon (Kirkevold, 2012). Virginia Henderson sin definisjon av sykepleie er:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse(eller til fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskap og vilje, og gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så for som mulig. (Norsk Sykepleierforbund, 1993, s.9)

I følge Mekki & Holter (2011) er hennes menneskesyn helhetlig siden hun hevder at mennesker har en fysisk, psykisk, åndelig og sosial dimensjon. Henderson hevder at som friskt eller sykt har alle mennesker visse grunnleggende behov som mat, hus, klær, kjærlighet, annerkjennelser, følelsen av å være til nytte av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelig sammenheng. Selv om behovene er fellesmenneskelig er det forskjellige fra person til person (Norsk Sykepleierforbund, 1993).

Sykepleien må ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av hva som er god helse, helbredelse eller verdig død og hvordan de best selv kan tilfredsstille det. Man må alltid se på pasienten som et helt menneske sammensatt av åndelige, sosiale, fysiske og psykiske dimensjoner (Mekki & Holter, 2011). Faktorer som kan påvirke de grunnleggende behovene og individets evne til å møte behovene, er kulturell og sosial bakgrunn, psykiske og fysiske krefter, vilje, motivasjon og alder (Kirkevold, 2012). Om personen ikke er i stand til dekke sine grunnleggende behov på grunn av mangel på krefter, kunnskap eller vilje, er det sykepleiens oppgave å hjelpe pasienten slik pasienten selv ville ha gjort om hun/han var i stand til det (Kirkevold, 2012).

Vi mener Henderson sin teori ikke belyser viktigheten av det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier. Derfor har vi valgt å bruke sykepleieteorien til Joyce Travelbee i tillegg.

### 3.1.3 Travelbee sin sykepleieteori

I praksis på hjertemedisinsk sengepost opplevde vi at det var veldig mye fokus på pasientenes fysiske helse, og at deres psykiske helse ikke fikk like mye oppmerksomhet. Travelbee (1971) utviklet sin teori som et svar på det hun syntes var en objektivisering av pasientene, og at menneskene bak diagnosene ble glemt. Derfor velger vi å bruke hennes teori i vår oppgave. Det er ni sentrale begrep i hennes teori, de er helse, sykdom, sykepleie, menneskesyn, lidelse, smerter, håp, håpløshet og kommunikasjon. Hun mener at god sykepleie er basert på et menneske-til-menneskeforhold og at et viktig ansvarsområde for sykepleiere er å hjelpe pasienter i å finne mening med sykdom (Travelbee, 1971).

Travelbee (1971) har to definisjoner på *helse*. Den objektive er: ”..fravær av påvisbar sykdom, uferhet eller defekter som kan måles eller avgjøres etter fysiske undersøkelser, laboratorieprøver eller vurdering av for eksempel åndelig tilstand av prest, eller psykisk tilstand av en psykolog eller psykiater” (Torjuul 2001, s 3-4). ”Subjektiv helse defineres individuelt, dvs. i forhold til hvert menneskes opplevelse eller oppfatning av sin egen fysiske, emosjonelle eller åndelige tilstand på et gitt tidspunkt” (Torjuul, 2001, s. 3). Et annet begrep som er relevant er *sykdom*. Travelbee (1971) mener at dette er en naturlig livserfaring og kun effektene/resultatene av sykdom kan observeres. Kulturelle faktorer har innflytelse på pasientens opplevelse av sykdommen (Travelbee, 1971).

I følge Travelbee (1971) er *sykepleie* en mellommenneskelig prosess, og for å imøtekomme pasientens behov, bruker hun en problemløsende metode som går ut på logikk og teoretisk kunnskap. Sykepleieren bruker også seg selv terapeutisk som kan sees på som en kunst og en vitenskap. Sykepleierens *menneskesyn* har i følge Travelbee (1971) en direkte innvirkning på kvaliteten av sykepleien. Hun ser på hvert menneske som unikt og uerstattelig. Alle mennesker har samme grunnleggende behov, men de modifiseres av kultur og av personen selv (Travelbee, 1971). Dette er også noe som Henderson sin teori understøtter (Norsk Sykepleierforbund, 1993).

Sykdom, fysiske og psykiske smerter, tap og åndelige problemer fører til *lidelse* hos et menneske og det er opp til hvert enkelt menneske å legge mening i opplevelsen (Travelbee, 1971). Travelbee (1971) mener smerter er en menneskelig livserfaring og sykepleieren kan kun observere resultater av et menneske i smerter. Travelbee (1971) ser på *sykepleiekommunikasjon* som å møte, oppleve, forholde seg til og respektere et annet menneske. Hun mener at det er gjennom kommunikasjon opplevelsen av andres unikheter kommer til syne eller skjules (Travelbee, 1971).

Joyce Travelbee (1971) hevder at for å kunne se mennesket bak diagnosen må sykepleieren utvikle et menneske-til-menneskeforhold til pasienten. Dette er en prosess i fire faser som til slutt ender i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1971). Når man har gått gjennom alle fasene oppstår det gjensidig kontakt og forståelse mellom pasienten og sykepleieren. Dette avhenger av sykepleierens kunnskaper og ferdigheter.

I følge Travelbee (1971) sitt menneskesyn søker alltid mennesker etter en mening i sin tilværelse. Hun mener det er sykepleieren sitt ansvar å assistere pasientene med å finne mening i lidelser. For å kunne hjelpe en pasient med å finne mening, forutsetter det at man har etablert et menneske-til menneskeforhold. Videre hevder hun at det vil si at man ser på pasienten som et helhetlig menneske og at fysiske og psykiske behov er uatskillelige.

## 3.2 Hjerteinfarkt

I følge Statistisk Sentralbyrå (2012) var det 12 503 hjerteinfarkt i Norge i 2012 og hjerteinfarkt var blant de vanligste dødsårsakene i landet. Når pasientene blir innlagt, er gjennomsnittlig liggetid ca 5,5 døgn (Statistisk sentralbyrå, 2012). Ifølge Knutstad (2008) er hjerteinfarkt en irreversibel skade i et avgrenset område i myokardet. Et hjerteinfarkt oppstår når hjertemuskelen (myokard) ikke får nok blod grunnet aterosklerose og arteriell trombose i koronararteriene, som fører til at myokardceller dør (Ørn, Mjell, & Bach-Gransmo, 2011). Kvinner og menn har ofte forskjellige symptomer på et hjerteinfarkt. Ifølge Knutstad (2008) opplever menn det som sterke brystmerter med utstrålinger til hals/venstre arm og pusteproblemer, mens kvinner kan ofte få symptomer som ryggmerter med utstråling til kjeve/ansikt. Et akutt hjerteinfarkt kan også gi alvorlige arytmier som ventrikkelflimmer (hjertestans) og lungestuvning (Ørn et al., 2011).

Behandlingen av hjerteinfarkt varierer fra omfanget av myokardskade, hvor i hjertet skaden er, pasientens alder og andre fysiologiske variabler (Ørn et al, 2011). I enkelte tilfeller får pasienten kun antritrombolytiske legemidler for å åpne opp kransårene. I mer alvorlige tilfeller, kan percutan coronar intervensjon (PCI), også kalt utblokking være nødvendig for å sikre nok blod til hjertemuskelen. Hvis pasienten har komplisert koronarsykdom som ikke kan bedres med PCI, kan koronar bypassoperasjon være et alternativ. Da får pasienten en ny åre som får blodet til å gå forbi det tette området (Ørn et al, 2011). Etter at pasienten har fått behandling for hjerteinfarkt, står pasienten i fare for å utvikle arytmier grunnet elektrolyttforstyrrelser og legemidler. Pasienten

kan også oppleve å få hjertesvikt grunnet nekrotisert myokardvev og redusert pumpefunksjon (Ørn et al, 2011).

Når pasienten blir innlagt på sykehuset legges hjerteinfarktpasientene inn på enten sengepost, intensivavdeling, hjerteovervåkning eller operasjonsavdelinger avhengig av alvorlighetsgrad på hjerteinfarkt (Knutstad, 2008). Som sykepleier på sengepost, blir oppgavene for denne pasientgruppen å observere faktorer som påvirkes av sirkulasjon og respirasjon som for eksempel hud, puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens. Sykepleieren skal også administrere legemidler og observere virkning/bivirkning av disse. Sykepleieren må også kartlegge pasientens smerter (Knutstad, 2008). I følge Mæland (2010) karakteriseres mange hjerte-kar sykdommer som livsstilssykdommer siden årsakene ofte er høyt blodtrykk, inaktivitet, røyking og usunt kosthold. Alle sykepleiefunksjonene brukes i møte med disse pasientene (Kristoffersen et al., 2005).

Det mentale aspektet med å gjennomgå hjerteinfarkt er også viktig å ha kunnskap om (Knutstad, 2008). Hjerteinfarkt er en fryktet diagnose, men kvinner og menn har ofte ulikt utgangspunkt. Kvinner får hjerteinfarkt senere enn menn siden de er til dels beskyttet i fertil alder, og ofte debuterer hjertesykdom hos kvinner som angina pectoris (Ørn et al, 2011). Smerter i forhold til hjerteinfarkt kan for enkelte kvinner derfor være delvis kjent fra før. Hos menn inntreffer hjerteinfarkt oftere plutselig og uten forvarsel. Mæland (2006) skriver at smerter knyttet til hjerteinfarkt er intense, fører med seg dødsangst og oppleves ofte som en krise.

### 3.2.1 Kriser

I følge Cullberg (2010) er det vanlig å dele inn krise i utviklingskrise og traumatisk krise. Hjerteinfarkt er en traumatisk krise og denne type krise omhandler personens fysiske eksistens, sosial identitet og trygghet. Traumatiske kriser er forårsaket av uforutsette situasjoner eller hendelser (Cullberg, 2010). Vanlige utløsende faktorer er opplevelse av tap eller en trussel mot identiteten. Dette kan for eksempel være død i nær familie, tap av arbeid eller alvorlige sykdommer. Krenkelse, katastrofer og ulykker er også andre faktorer som utløser traumatisk krise (Hummelvoll, 2012). Når personer opplever krise, går de gjennom ulike faser og forløpet av disse

krisereaksjonene er ofte ganske like, uavhengig av årsak. Den første fasen er sjokkfasen, deretter kommer reaksjonsfasen, så kommer bearbeidingsfasen og til slutt kommer nyorienteringsfasen (Cullberg, 2010). Disse fasene vil vi komme nærmere inn på i vår drøfting. Hummelvoll (2012) skriver at det som avgjør om pasienten mestrer krisen knyttet til hjerteinfarkt er personlighet, samtidige kriser, indre ressurser, nettverk og tidligere erfaringer. Når tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke hjelper oss til å forstå og mestre den aktuelle livssituasjonen, kan vi si at en er i en krisetilstand (Cullberg, 2010). Hummelvoll (2012) skriver i sin bok *Helt, ikke stykkevis og delt* at en ubearbeidet krise kan føre til depresjon.

### 3.2.2 Hjerteinfarkt, depresjon og sykepleie

I en studie av Haws et al. (2011) undersøker de sykepleiernes holdninger og kunnskaper om depresjon etter hjerteinfarkt. Funnene de gjorde, viste at sykepleiere hadde liten kunnskap om depresjon som følge av hjerteinfarkt og bare halvparten av deltakerne sa de fokuserte på depresjon i møte med pasienter (Haws et al., 2011). De konkluderer med at sykepleierne trenger å få mer opplæring i depresjon blant hjerteinfarktpasienter (Haws et al., 2011).

En annen studie tar for seg kartleggingsverktøy av depresjon ved kardiologisk avdeling. Også denne studien peker på at ubehandlet depresjon fører til høyere dødelighet blant hjerteinfarktpasienter (Ski et al., 2012). Deprimerte hjerteinfarktpasienter bruker helsevesenet mer etter utskrivelse og følger ikke helsevesenets anbefalinger angående medikamenter og livsstil (Ski et al., 2012). Ved å bruke et kartleggingsystem fant de ut at 54% hadde risiko for å bli deprimert (Ski et al., 2012). Mange sykepleiere mistolker depressive symptomer som vanlige følger etter hjerteinfarkt, derfor er det veldig viktig at pasienter i risikogrupper blir kartlagt så raskt som mulig etter innleggelse (Ski et al., 2012).

### 3.3 Depresjon

I følge Helsedirektoratet (2009) er depresjon på fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som medføres størst tap av livskvalitet og leveår. I Norge er det anslått 1,5 milliarder kr i året til å behandle depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Videre hevder Helsedirektoratet (2009) at personer med økt risiko for depresjon er de med somatiske lidelser som forårsaker funksjonshemming, kronisk smerte, tapsopplevelse, hjertesykdommer og slag. Depresjon kan ha virkning på utfallet og forløpet av en akutt og kronisk somatisk sykdom. Personer med depresjon med somatisk sykdom er også ofte dårlige diagnostisert og underbehandlet. Dette fører til økt funksjonstap og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2009). Hovedsymptomene på depresjonen er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede, tretthet og nedsatt energi (Hummelvoll, 2012). Andre karakteristiske symptomer på depresjon er dårlig konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, mindreverdighetsfølelse og skyldfølelse, initiativløshet, pessimistiske tanker, søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt og angst (Haugsgjerd, Skårderud, & Stänicke, 2010). Selvmordstanker og tanke på skade seg selv er ofte en del av sykdomsbildet. Depresjon skilles mellom mild, moderat og dyp depresjon etter grad av symptomer (Haugsgjerd et al., 2010)

Deprimerte pasienter krever tett og individuelt tilpasset oppfølging siden dette er en sammensatt diagnose (Hummelvoll, 2012). Hovedmålet for sykepleien til deprimerte pasienter er å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser, møte og behandle følelsen av meningsløshet, styrke pasientens opplevelse av kontroll, styrke pasientens selvfølelse og tilknytning til andre mennesker (Hummelvoll, 2012). I følge Helsedirektoratet (2009) er depresjon i ferd til å bli den ledende folkesykdommen i den vestlige verden. Depresjon er stor bekostning både samfunnsmessig og økonomisk. Helsedirektoratet (2009) hevder at forbyggende arbeid vil ha stor effekt på folkehelsen målt i samfunnets sykdomsbyrde.



## 3.4 Folkehelse

Med folkehelse menes kunnskapen om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i samfunnet (Øverby et al., 2011). Den tar for seg elementer av levevaner, sykdomsforekomst og dødelighet i befolkningen. Det å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse er viktig også i et folkehelseperspektiv siden både depresjon og hjerteinfarkt er folkehelsesykdommer. I vår besvarelse ser vi både på folkehelsen til individet og samfunnet (Øverby et al., 2011). I følge Mekki & Holter (2011) skal sykepleiere forebygge sykdom og lidelse og dette kan sees på som folkehelsearbeid, siden man som en del av samfunnet jobber mot å bedre helsen til folk i samfunnet. I 2009 publiserte Helse- og Omsorgsdepartementet St. Melding 47, Samhandlingsreformen (2008-2009), og den har som mål å styrke dagens og fremtidens helsevesen. Den peker på de utfordringene vi har i samfunnet i dag og hvilke utfordringer vi vil møte i fremtiden. Løsningen skal være å forebygge mer, og dermed behandle mindre. Helsefremmende sykepleie er også en del av folkehelsearbeidet og fokuserer på pasientens ressurser for god helse. I følge Mæland (2010) er begrep som salutogenese derfor et nøkkelord i folkehelsearbeidet.

### 3.4.1 Salutogenese

Travelbee (1971) hevder at for å ha en god helse, både mental og fysisk, trenger man ressurser og ferdigheter, ikke bare fravær av sykdom. Et viktig tenkningsmodell innenfor folkehelsearbeid er salutogenese, dette er de faktorene i et menneskes liv som fremmer helsen (Mæland, 2010). Salutogene faktorer kan være medfødte evner eller omstendigheter i livet. En salutogen tilnærming går ut på å ha fokus på pasientens ressurser og ferdigheter, fremfor sykdom og hemninger (Langeland, 2011). For å kunne jobbe med salutogenese, må man ha et helhetlig helseperspektiv. På denne måten kan man se sammenhengen av de ulike delene av et menneske slik at man ikke bare fokuserer på sykdommen til pasienten, men også pasientens ressurser for god helse (Langeland, 2011).

Sosiologen Aaron Antonovsky hevder at en viktig salutogen faktor i menneskers liv, er å føle at hverdagen er begripelig, håndterbar og meningsfull (Mæland, 2010). Han kalte dette Sense of Coherence (SOC), eller følelse av sammenheng. Dette er en

grunnholdning i en salutogen tilnærming og skal bidra til å fremme pasientens helse ved å gi mestring, helse og velvære. For å ha høy SOC må pasienten føle begripelighet rundt sine omgivelser, håndtere de kravene som stilles og føle meningsfullhet i utførelsen av disse kravene (Langeland, 2011).

## 3.5 Offentlige styringsdokumenter

Hvordan vi skal ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse, er regulert på flere nivå. Lovverk som Spesialisthelsetjenesteloven, Pasient- og Brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven samt sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er veiledende for hvordan vi skal utøve vårt yrke. Her kommer en kort presentasjon av disse.

### 3.5.1 Relevant lovverk

Vi er forpliktet til å forholde oss til lovverk og i vår oppgave vil vi bruke Pasient- og Brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven. I Helsepersonellovens (1999) § 6 står det at vi skal sørge for god ressursbruk når vi utfører helsehjelp, og vi skal ikke pålegge helseforetaket eller pasienten ekstra tidsmessig eller utgiftsmessig belastning. Pasienten har lovverk på sin side og i Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Som helsepersonell skal vi gi informasjon til pasienten og han/hun har rett på å få tilpasset informasjonen etter alder, modenhet, erfaring, kultur og språk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er ment som et verktøy for sykepleiere i møte med etiske spørsmål og etiske dilemma for å kunne utøve etisk forsvarlig sykepleie. Her finner vi fire grunnleggende ansvarsområder for sykepleiere. De er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I yrkesetiske retningslinjer finner man ICNs etiske regler og FNs menneskerettigheter. ”Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.5)

# 4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte teorien vi presenterte i kapittel 3.0 i lys av vår problemstilling. I vår teoretiske referanseramme tok vi for oss de ulike sykepleiefunksjonene, Virginia Hendersons sykepleieteori, Joyce Travelbees sykepleieteori, hjerteinfarkt, depresjon, folkehelseperspektivet og offentlige styringsdokumenter. Ut i fra denne teoretiske kunnskapen, vil vi drøfte problemstillingen ut i fra de lindrende, behandlende, forebyggende & helsefremmende og undervisende sykepleiefunksjonene. For å belyse vår problemstilling har vi valgt å dele problemstillingen opp i tre under-problemstillinger. Disse underproblemstillingene har vi delt opp ytterligere i fem under-underproblemstillinger.

## 4.1 Hvordan kan lindrende og behandlende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan lindrende og behandlende sykepleie kan være med på å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse. Vi har valgt å ta den lindrende og den behandlende sykepleiefunksjonen i samme kapittel siden de i følge Kristoffersen, et al. (2005) går inn i hverandre. Videre hevder de at for å gi god behandlende sykepleie, må man lindre og for å gi god lindrende sykepleie, må man behandle. Vi har valgt å dele opp underproblemstillingen i to underproblemstillinger til for å gi bedre oversikt i teksten.

#### 4.1.1 Hvordan bruke lindrende sykepleie for å ivareta den mentale helsen til hjerteinfarktpasienter?

*”Å fremme menneskets generelle opplevelse av velvære er et viktig mål knyttet til den lindrende funksjonen”* (Kristoffersen et al., 2005 s.17). Travelbee (1971) definerer lidelse som en åndelig opplevelse like mye som fysisk og psykisk. Som nevnt tidligere hevder hun at sykdom, fysiske og psykiske smerter, tap og åndelige problemer fører til lidelse hos et menneske (Travelbee, 1971). En pasient som blir rammet av et hjerteinfarkt opplever fysiske smerter grunnet iskemi i hjertemuskelen (Ørn et al., 2011). Pasienter vi har møtt i praksis beskriver denne smerten som om noen klemmer rundt hjertet og de ikke får puste. Dette gir pasientene psykiske smerter i form av dødsangst (Knutstad, 2008). Sykdom oppleves av mange som meningsløst og dermed kan åndelige problemer dukke opp hos pasienter med hjerteinfarkt (Travelbee, 1971). Etter et hjerteinfarkt kan altså alle pasientens dimensjoner være lidende og derfor er det viktig med god lindrende sykepleie (Kristoffersen et al., 2005).

Knutstad (2008) skriver at det å få et hjerteinfarkt og bli akutt innlagt på et sykehus, oppleves som en utrygghet. Utrygghet fremtrer som en følelse av fare, siden pasientene er redde for å miste kontroll over egen kropp og har liten kontroll på behandlingen de skal gjennomgå. Mange hjerteinfarktpasienter får også sterk angst for å miste livet (Knutstad, 2008). Cullberg (2010) hevder at mennesker mister en rekke faktorer som bidrar til å forme deres identitet når de blir innlagt på et sykehus. De får andre klær, sover i fremmed seng, annen mat og nye rutiner. Videre skriver han at utrygghet, angst og mangel på identitet utløser en opplevelse av krise og tap. Hummelvoll (2012) skriver at en ubearbeidet krise kan føre til depresjon, noe som gjør det viktig at sykepleiere har kunnskap om pasienters mentale helse etter gjennomgått hjerteinfarkt. I vår praksis på hjertemedisinsk sengepost fikk vi mangelfull opplæring og informasjon om de mentale konsekvensene etter et hjerteinfarkt. Forskning viser at sykepleiere på somatisk sykehus har for liten kompetanse om det mentale aspektet av hjertesykdom (Ski et al., 2012)

I følge Ski et al. (2012) får en stor andel pasienter depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt. En grunn til dette kan være at pasientens mentale helse lider

(Kristoffersen et al., 2005). For å lindre pasienten må vi som sykepleier fremme velvære. Velvære er en paradoksal opplevelse, for at man skal oppleve velvære må ubehag, smerte og lidelse slippe tak. Hummelvoll (2012) hevder at målet for arbeidet med mentalt lidende pasienter er å få pasienten til å uttrykke og akseptere følelser, styrke følelsen av kontroll, styrke identitetsfølelsen samt å bearbeide følelsen av meningsløshet (Hummelvoll, 2012).

Travelbee (1971) hevder at det er sykepleierens oppgave å assistere pasienten til å finne mening i tilværelsen. Hun skriver at "He who has a *why* to live for, can bear almost any *how*" (Travelbee, 1971, s.162). Det finnes ingen fasitsvar på hva som gir personer mening i tilværelsen, men om man inngår et menneske-til menneskeforhold, vil man kunne se hele pasienten og dermed assistere og hjelpe han/hun på riktig spor (Travelbee, 1971). Et menneske- til menneskeforhold er en prosess i fire faser som til slutt ender i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Fasene går ut på at sykepleieren ser mennesket bak diagnosen, føler empati og sympati. For at et menneske-til menneskeforhold skal bli etablert, er det viktig at sykepleieren er klar over sine forutinntatte holdninger, har interesse for andre mennesker, evne til å forstå andre sin tilstand samt en trang til å lindre personens lidelse. Når man har gått gjennom alle fasene oppstår det gjensidig kontakt og forståelse mellom pasienten og sykepleieren. Et menneske- til menneskeforhold bidrar til at pasientene får en større identitetsfølelse og mer kontroll over situasjonen (Hummelvoll, 2012). Hvis sykepleieren innleder et menneske-til menneskeforhold til pasienten vil pasienten klare å uttrykke sine følelser ovenfor oss, noe som hjelper pasienten til å bearbeide situasjonen og øke følelsen av mentalt velvære (Hummelvoll, 2012). For at vi som sykepleiere skal lindre pasienten må vi behandle ubehaget som i denne sammenhengen er hjerteinfarkt (Kristoffersen et al., 2005).

## 4.1.2 Hvordan bruke behandlende sykepleie for å ivareta den mentale helsen til hjerteinfarktpasienter?

Kristoffersen et al. (2005) hevder at den behandlende sykepleiefunksjonen går ut på å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten ikke klarer dette selv. Dette kan være at sykepleieren utfører en handling for pasienten, eller veileder han/hun slik at de klarer dette selv. De grunnleggende behovene som er mest i fokus hos hjerteinfarktpasienter er sirkulasjon og respirasjon (Knutstad, 2008). For at pasientens mentale helse skal bli ivaretatt, er det viktig at hjerteinfarkt er godt behandlet. Når vi var i praksis på hjertemedisinsk sengepost, brukte vi sykepleieprosessen som et redskap i møte med pasienten. I følge Mekki og Holter (2011) skal sykepleieren bruke sykepleieprosessen for å arbeide systematisk og målrettet. Sykepleieprosessen består av datainnsamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering.

Hos hjerteinfarktpasienter består datainnsamlingen med fokus på respirasjon og sirkulasjon av å observere blodtrykk, puls, temperatur, respirasjon, vurdering av symptomer og kartlegging av eventuelle smerter (Knutstad, 2008). Ut i fra dette vurderer sykepleieren hvilken pleie pasienten har behov for og utformer sykepleiediagnoser som kan være : ”Pasienten er tungpustet”. Basert på datainnsamling og sykepleiediagnose, skal sykepleieren sette mål for sykepleien og planlegge eventuelle tiltak (Mekki & Holter, 2011). I denne sammenhengen kan et mål være at: ”Pasienten er godt ventilert”. Deretter skal sykepleieren gjennomføre tiltak for å oppnå målene med sykepleien. Tiltak som kan være aktuelle her, er leiring, eventuelt administrere O2, forstøver, tilpasse miljøet og videre observasjon av BT/puls, SaO2 (Knutstad, 2008). Sykepleieren skal gjennom hele prosessen evaluere virkningen av tiltak, og justere pleieplanen deretter (Mekki & Holter, 2011).

En forutsetning for god behandlende sykepleie for hjerteinfarktpasienter, er at sykepleieren har kunnskaper om anatomi, sykdomslære, fysiologi og farmakologi (Mekki & Holter, 2011). Uten disse kunnskapene, vil vi ikke ha evnen til å observere og forutse hendelser, sette i gang riktige tiltak og evaluere disse (Mekki & Holter, 2011). Men i følge Travelbee (1971) er forutsetningen for god sykepleie, at sykepleieren har et godt og riktig menneskesyn. Ut i fra våre erfaringer og vår kunnskap om sykepleieprofesjonen, er det ikke nok med et godt menneskesyn om

man ikke har de riktige teoretiske kunnskapene om menneskekroppen. Torjuul (2001) hevder at Travelbee ikke understreker betydningen av fagkunnskaper nok og at teorien dermed blir for fokusert på psykiske og åndelige pasientdimensjoner. Samtidig har vi sett i praksis at sykepleiere på somatiske sykehus har lite fokus på akkurat disse pasientdimensjonene. Noe som også understøttes av forskningsartikkelen til Haws et al. (2011).

Når en pasient blir innlagt på sykehus med akutt hjerteinfarkt, blir han/hun utskrevet etter ca. 5 dager (Statistisk sentralbyrå, 2012). Dette gir lite rom for behandling av andre tilleggssykdommer som for eksempel depresjon. Ifølge Samhandlingsreformen (2008-2009) ønsker regjeringen at spesialisthelsetjenesten skal spisse sin kompetanse innenfor sitt felt og gi effektiv og målrettet behandling i sin spesialitet. I §6 i Helsepersonelloven (1999) står det at vi som sykepleiere ikke skal utøve helsehjelp som forårsaker helseforetaket ekstra økonomiske belastninger. Det vil si at pasientene som utvikler depresjon etter hjerteinfarkt som er innlagt på somatiske sykehus, skal utskrives når hjerteinfarkt er ferdigbehandlet og ikke når depresjonen er behandlet (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleierens oppgave blir da å kartlegge risikoen for depresjon og sørge for at pasientens blir fulgt opp etter utskrivelse.

Både Travelbee (1971) og Henderson hevder at pasienten er en helhet, og at man ikke kan skille mellom psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behov (Mekki & Holter, 2011). Så selv om fysiske behov som respirasjon og sirkulasjon er i fokus på somatiske sykehus hos hjerteinfarktpasienter, henger alle de grunnleggende behovene sammen. Dermed blir ikke hele pasienten ivaretatt om man ikke også ser på de psykiske, åndelige og sosiale behovene (Mekki & Holter, 2011). Om for eksempel pasienten utvikler en depresjon og dette ikke blir sett, kan det gå utover pasienten fysisk i form av økt smerte og forverring av hjerteinfarkt (Kirkevold, 2012). Det kan også ha langtidsvirkninger som flere re-innleggelser på grunn av senkomplikasjoner som hjertesvikt (Haws et al., 2011).

For å ivareta pasientens mentale helse med lindrende og behandlende sykepleie, må vi i følge Travelbee (1971) se på pasienten som en helhet bestående av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner, noe som også understøttes av Henderson sin teori (Kirkevold, 2012). Dette fordi alle pasientens dimensjoner berører hverandre. Som



sagt er det ikke vår oppgave å behandle depresjonen som kommer etter hjerteinfarkt, men det vår oppgave å oppdage og ta dette med i behandlingen av hjerteinfarkt. Vi kan se i forskning og i litteraturen hvor negativt depresjon påvirker pasienten med hjerteinfarkt når det ikke blir oppdaget eller tatt hensyn til (Ski et al, 2012). Ved å fokusere på alle pasientens dimensjoner, kan vi bidra til å fremme deres mentale helse og forebygge depresjon (Kristoffersen et al., 2005).

## 4.2 Hvordan kan forebyggende & helsefremmende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?

Som vi har sett i vår teoretiske referanseramme, har depresjon en stor innvirkning på hjerteinfarktpasienters livskvalitet (Ski et al., 2012). I følge Mæland (2010) er både depresjon og hjerteinfarkt såkalte folkehelsesykdommer. Videre hevder han at forebyggende & helsefremmende sykepleie er viktige funksjoner i ivaretagelsen av denne pasientgruppen. Både på samfunnsnivå og på individnivå. I dette kapittelet vil vi drøfte denne funksjonen opp mot offentlige styringsdokumenter og sykepleieteorier. Vi har valgt å dele opp forebyggende og helsefremmende i egne underproblemstillinger.

### 4.2.1 Hvordan kan den forebyggende sykepleiefunksjonen bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?

I følge samhandlingsreformen (2008-2009) bør helsevesenet i Norge forebygge mer og dermed behandle mindre. I Norge i 2008 brukte vi ca. 10% av brutto nasjonalprodukt på helsevesenet. Dette fører til at vi ligger på en tredjeplass i verden når det kommer til utgifter til helsevesenet (Halvorsen, 2010). Samtidig som Norge bruker mer og mer penger på helse og får færre og færre sengeplasser, har antallet behandlede pasienter økt (Halvorsen, 2010). Det finnes flere årsaker til dette, og dermed flere løsninger, men Samhandlingsreformen (2008-2009) hevder at en løsning på dette kan være å forebygge mer. Forskning viser at pasienter med depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt bruker helsevesenet mye mer etter utskrivelse og har større

sjanse for å få alvorlige senkomplikasjoner (Ski et al., 2012). I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar for helsen i hele samfunnet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Helsepersonelloven (1999) forplikter oss til å unngå unødvendige økonomiske belastninger for helsesektoren. Vi har altså et juridisk og et etisk ansvar til å forebygge depresjon hos hjerteinfarktpasienter.

Forskning viser at deprimerede hjerteinfarktpasienter helbredes saktere, har høyere dødelighet og dårligere livskvalitet (Ski et al., 2012). Derfor er det viktig å forebygge depresjon hos hjerteinfarktpasienter ved å gi trygghet og oppfølging på somatiske sykehus (Hummelvoll, 2012). Forskning viser at risikoen for å få depresjon etter hjerteinfarkt er veldig høy og at sykepleiere som arbeider med hjertepasienter vet lite om dette som følgetilstand (Haws et al., 2011). Det var også dette inntrykket vi satt igjen med etter vår praksis på hjertemedisinsk sengepost. Symptomer på depresjon kan som nevnt være fatigue, nedsatt appetitt og søvnvansker (Helsedirektoratet, 2009). Ofte mistolker sykepleiere symptomer på depresjon som vanlige symptomer etter hjerteinfarkt og dermed får ikke pasienten riktig behandling og oppfølging (Ski et al. 2012). Ved primær- sekundær- og tertiærforebyggende sykepleie kan vi unngå at pasienter utvikler depresjon etter et hjerteinfarkt og eventuelle konsekvenser av dette (Mæland, 2010).

Som sykepleier i spesialisthelsetjenesten skal vi drive med primærforebyggende arbeid ved å informere og undervise kommunene som skal sørge for et helhetlig tilbud til brukerne (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Sykepleiere på hjerteavdelinger har en spisskompetanse innen hjerte- karsykdommer. I Samhandlingsreformen (2008-2009) står det at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å videreføre sin kompetanse til kommunehelsetjenesten slik at de kan drive god forebygging hos sine brukere.

Når en pasient blir innlagt med et hjerteinfarkt er det sykepleierens ansvar å sette inn sekundærforebyggende tiltak (Kristoffersen et al., 2005). Mæland (2010) skriver i sin bok *Forebyggende helsearbeid* at belastninger og personlige ressurser er avgjørende om en person utvikler en psykisk lidelse. Ved å redusere fysiske belastninger ved akutt sykdom, med god behandlende og lindrende sykepleie, vil vi da kunne forebygge psykiske lidelser. For om pasienten opplever trygghet og ro vil vi kunne

begrense omfanget og varigheten av hjerteinfarkt, og samtidig forebygge psykiske lidelser som depresjon (Knutstad, 2008).

Tærtiærforebyggende sykepleie på somatiske avdelinger innebærer å forberede pasienten på utreise og sørge for at pasienten får riktig tjenestetilbud etter utskrivelse, dette kan være hjerteskoletilbud eller hjemmesykepleie (Knutstad, 2008). I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) skal antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten reduseres. Dette legger et større ansvar på at vi sykepleiere har kompetanse til å kartlegge og vurdere pasientens omsorgsbehov etter utskrivelse (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Tærtiærforebyggende tiltak skal bidra til å hindre følgetilstander av sykdommen som hjertesvikt og depresjon (Knutstad, 2008).

#### 4.2.2 Hvordan kan den helsefremmende sykepleiefunksjonen bidra til å fremme hjerteinfarktpasienters mentale helse?

Helsefremmende sykepleie har fokus på å styrke personers ressurser til god helse (Mæland, 2010). Helsefremmende sykepleie handler ikke bare om pasientens fysiske helse, men også den psykiske (Mæland, 2010). Pasienter etter hjerteinfarkt opplever ofte krise fordi de er i en situasjon de ikke kan forklare og ikke har ressurser nok til å mestre (Cullberg, 2010). Pasienter som utvikler en depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt, har ofte lav Sence of Cohorence (SOC). Derfor er det viktig at sykepleiere på en somatisk sengepost har en salutogen tilnærming til hjerteinfarktpasienter for å fremme deres mentale helse og dermed unngå depresjon (Mæland, 2010).

Antonovsky sin teori om Sence of Coherence sier at om hverdagen til mennesker er begripelig, håndterbar og meningsfull, vil de føle trygg identitet, oppleve kontroll og optimisme (Mæland, 2010). For å styrke pasientens begripelighet under sykehusopphold etter hjerteinfarkt, må vi sørge for at pasienten er godt informert. Vi går dypere inn i dette i neste kapittel. Pasientens følelse av håndterbarhet går ut på at pasienten føler han/hun har tilstrekkelige ressurser til å mestre livet (Mæland, 2010). For å øke denne følelsen, kan vi som sykepleiere tilrettelegge slik at pasienten mestrer og klarer det som forventes av han/hun. I følge Henderson skal vi hjelpe pasienten til

å få dekket de grunnleggende behovene når pasienten ikke har ressurser til dette selv (Kirkevold, 2012). Dette kan være at vi tilrettelegger, veileder eller at vi utfører selve handlingen. Det siste punktet i SOC er at pasienten føler mening i sin hverdag (Mæland, 2010). Travelbee (1971) fokuserer mye på hvordan sykepleieren kan assistere pasienten til å finne mening i sin sykdomstilværelse. Situasjoner og tilstander i seg selv har ingen mening, men det er menneskene som selv tilegner mening i tilværelsen. Som sykepleier må man ha etablert et menneske- til menneskeforhold for å kunne se hele mennesket og dermed kunne gi riktig assistanse for at pasientene skal finne meningen med deres sykdom (Travelbee, 1971). Videre hevder hun at mange som jobber innenfor helsesektoren er så behandlingsorienterte at de glemmer at sykdom er en naturlig del av det å være menneske. De trekker seg psykisk og fysisk unna lidende pasienter fordi de selv ikke føler noe mening med en sykdomstilværelse. Hummelvoll (2012) hevder at med tilstedeværelse, medlevelse og samtale kan vi styrke deres følelse av mening i tilværelsen. Han hevder også at det er mening som er det viktigste punktet i SOC, for uten meningsfølelse føler man ikke begripelighet eller håndterbarhet.

Tap av kontroll og mangel på medvirkning i behandling er en del av årsaken til at mange opplever krise ved akuttinnleggelse på sykehus (Cullberg, 2010). Når pasienter blir innlagt på sengepost med hjerteinfarkt, er det legene og sykepleierne som tar kontroll over situasjonen og bestemmer hvor pasienten skal ligge, hva han skal spise, hvilke undersøkelser han skal på og hvilke medisiner han skal ta (Cullberg, 2010). Dette tapet av autonomi kan for noen oppleves som en trygghet, mens av andre oppleves det som en krenkelse (Cullberg, 2010). Mæland (2010) hevder da at sykepleierens oppgave er å styrke pasientens medvirkning og dermed styrke deres autonomi ved å gjøre pasienten medvirkende i behandlingsprosessen. Videre hevder han at når vi gjør dette, styrker vi pasientens SOC gjennom økt selvfølelse, identitet og tilhørighet og minsker kriseopplevelsen. Om pasienten medvirker i sin behandling, viser forskning at pasienten vil følge spesialisthelsetjenestens anbefalinger om livsstilsendring og medikamenter etter utskrivelse (Oterhals et al., 2006). Dette reduserer antall re-innleggelser og bidrar til å styrke folkehelsen på individnivå og samfunnsnivå (Mæland, 2010).

Så hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse gjennom forebygging og helsefremming? Ved å fremme pasientens mentale helse gjennom å styrke SOC vil vi også kunne forebygge depresjon hos denne pasientgruppen (Mæland, 2010). På denne måten ivaretar vi pasientens mentale helse, samtidig som vi sparer samfunnet for unødvendige belastninger.

### 4.3 Hvordan kan undervisende sykepleie bidra til å ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?

I dette kapitlet vil vi drøfte sykepleierens undervisende funksjon med mest fokus på å informere hjerteinfarktpasienter. En av sykepleierens funksjoner er å undervise pasienter om sykdom og behandling (Kristoffersen et al., 2005). I følge Tveiten (2008) er hensikten med denne funksjonen oppdagelse, læring, vekst og mestring. Med ny kunnskap og nye holdninger og ferdigheter, kan pasienter med hjerteinfarkt mestre sykdommen og symptomene i større grad og oppleve økt livskvalitet (Tveiten, 2008). Henderson hevder at vi skal assistere pasienten til å leve livet sitt som om han/hun var frisk. Å gi informasjon og kunnskap om sykdommen bidrar til at pasienten mestrer sin sykdom og hverdag (Mekki & Holter, 2011). Vi har valgt å dele kapitlet inn i to underproblemstillinger.

Artikkelen til Oterhals et al. (2006) viser at godt informerte hjerteinfarktpasienter holder seg til behandlingen etter utskrivelse og får mindre komplikasjoner og tilleggssykdommer som depresjon. Dermed bruker de helsevesenet mindre og er mer tilfreds med sin livssituasjon etter hjerteinfarkt. Mæland (2010) mener at om hjerteinfarktpasienter får god informasjon vil deres begripelighet, altså forståelse av sykdommen, øke og pasientens SOC vil styrkes. Dette styrker også pasientens mentale helse og beskytter mot depresjon (Mæland, 2010).

### 4.3.1 Hvordan kan sykepleiere informere hjerteinfarktpasienter?

Forskning viser at hjerteinfarktpasienter mottar generalisert informasjon som er lite tilpasset hver enkelt pasient (Oterhals et al., 2006). Noe som vi også har opplevd i praksis. Når vi var i praksis på hjertemedisinsk sengepost ga vi mye generell informasjon til pasientene og det var lite fokus på å tilpasse informasjonen til hvert enkelt individ.

Når vi som sykepleiere skal informere pasientene, bruker vi sykepleieprosessen som et verktøy for å sikre målrettet sykepleie. Datainnsamlingen går ut på å kartlegge pasientens behov og ressurser for at pasienten skal få riktig informasjon (Oterhals et al., 2006). Travelbee (1971) hevder at for at vi skal utøve god sykepleie må vi se hele mennesket. Det vil si de sosiale, åndelige, fysiske og psykiske dimensjonene. Dette gjelder også den undervisende sykepleiefunksjon og vi må se på alle pasientens aspekter når vi vurderer pasientens informasjonsbehov (Travelbee, 1971). Faktorer som kan påvirke behovet for informasjon kan være kjønn, alder, sykdomshistorie, oppfatning av sykdommen, ressurser og familiære forhold. For eksempel har deprimerte pasienter dårlig konsentrasjon og oppmerksomhet, viser ofte lite interesse og kan i enkelte tilfeller være apatiske og likegyldige (Haugsgjerd et al., 2010). De ulike faktorene i pasienters liv gir de forskjellig utgangspunkt i hva slags informasjon de trenger og når de har behov for å få den (Mæland, 2006). Mæland (2006) hevder at hjerteinfarktpasienter ikke alltid er like mottakelig for informasjon. Som nevnt tidligere, oppleves hjerteinfarkt som en krise og pasienten går da gjennom ulike faser (Cullberg, 2010).

I sjokkfasen ved hjerteinfarkt er ofte pasientens følelser lammet eller undertrykket. Under den rolige overflaten er det ofte psykologisk kaos (Mæland, 2006). I en sjokkfase er ikke pasienten mottakelig for informasjon og i ettertid husker pasienten lite fra denne fasen. I reaksjonsfasen begynner det å gå opp for pasienten hva som har skjedd. Dette fører med seg angst og bekymring. Enkelte pasienter prøver å fortrenge realitetene, mens andre blir informasjonssøkende (Mæland, 2006). Sykepleierens undervisende funksjon i denne fasen blir i følge Mæland (2006) å hjelpe pasienten til å takle situasjonen på en realistisk måte. Deretter inntreffer represjonsfasen. I denne fasen bearbeider pasienten det som har skjedd og allerede nå viser mange pasienter

tegn på depresjon. Ofte opplever pasienter tap og sorgfølelse. Informasjonen vi gir i denne fasen vil være støttende og forklarende (Mæland, 2006). Når pasienten har gjenvunnet det psykologiske fotfestet er de i reorganiseringsfasen. I denne fasen er pasienten mer virkelighetsorientert og mer fremtidsrettet. Det er i denne fasen pasienten har mest behov for informasjon med tanke på livet videre (Mæland, 2006). Alle disse fasene oppleves og opptrer individuelt. Det er viktig å kartlegge pasientens psykiske tilstand før man gir viktig informasjon siden angst, depresjon, sinne og fornektelse påvirker deres evne til å oppfatte (Oterhals et al., 2006)

Når vi har kartlagt pasientens informasjonsbehov, kommer vi til neste punkt i sykepleieprosessen som er diagnostisering hvor vi vurderer funnene i kartleggingsprosessen som er aktuelle for hvordan sykepleieren skal informere pasienten (Mekki & Holter, 2011). Deretter må vi tilpasse den informasjonen vi gir. I følge Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) er vi sykepleiere forpliktet til å gi informasjon som er tilpasset alder, kultur, modenhet og språkbakgrunn. Studier viser at det sykepleiere anser som relevant informasjon, ikke alltid er det pasientene ser på som viktig (Martinsen & Moen, 2010). Oterhals et al. (2006) skriver i sin artikkel at de pasientene som har vært mer delaktige i informasjonsprosessen, var mer tilfredse etter utskrivelse. Videre skriver de at tilfredse pasienter gir bedre prognoser for livet deres videre. Som sykepleiere må vi kontinuerlig vurdere pasientens behov for informasjon og veiledning (Mæland, 2006).

#### 4.3.2 Hva skal sykepleieren informere om?

Vår erfaring fra praksis viser at sykepleieren begynner å informere med en gang hjerteinfarktpasienten kommer på sengeposten. Pasienten mottar informasjon om alt fra medisiner, undersøkelser, sengepostens rutiner, sykdommen til livsstilsforandringer (Knutstad, 2008).

Artikkelen til Oterhals et al. (2006) viser at i tidlig sykdomsforløp ønsker pasienter informasjon om medikamenter, håndtering av symptomer, anatomi og risikofaktorer. Samme studie viser også at informasjonen pasienter får om medikamenter ofte er mangelfull (Oterhals et al., 2006). I følge Martinsen og Moen (2010) er den største utfordringen å informere godt nok om livet etter utskrivelse. Mæland (2006) hevder

derfor at pasienter bør få mest informasjon etter at de har kommet hjem. Det er da pasienten møter hverdagens utfordringen med sykdommen, noe som gjør at de mer motivert og mottakelig for informasjon. I Samhandlingsreformen (2008-2009) skal pasienter ha færre liggedøgn på sykehus, noe som øker behovet for informasjon og veiledning etter utskrivelse. I studien til Oterhals et al. (2006) kommer det frem at pasienter med færre liggedøgn får like mye informasjon som de med flere liggedøgn. Problemet er at de med færre liggedøgn glemmer og mister informasjon etter at de har kommet hjem. Dette kan kanskje ha sammenheng med at pasientene fortsatt er i sjokkfasen og/eller reaksjonsfasen mens de er innlagt på sengeposten, noe som kan føre til at pasientene ikke er mottakelige for den informasjonen sykepleieren gir (Cullberg, 2010).

Mæland (2006) hevder at det er viktig at vi som sykepleiere skaper et realistisk bilde av fremtiden for pasienten. En måte å gjøre dette på er å forberede pasienten på hvilke plager og utfordringer de vil møte på i den nye hverdagen. Dette kan være plager som tretthet, nedstemthet og usikkerhet (Mæland, 2006). Flere studier viser at det er denne type informasjon pasienter mener de får for lite av (Martinsen & Moen, 2010). Når vi var i praksis på hjertemedisinsk sengepost, fikk pasientene tilbud om hjerteskoletilbud noen uker etter utskrivelse. Her får de møte andre i samme situasjon, samt undervisning av sykepleiere, kardiologer, ernæringsfysiologer og psykologer. De får også mulighet til å stille de spørsmålene de har behov for å få besvart. De ansatte på avdelingen mente dette var et positivt tilbud for pasientene. Mæland (2010) hevder at om pasienten føler mangel på informasjon etter utskrivelse, føler de også liten begripelighet i sin hverdag og da vil pasientens SOC synke. Med lav SOC har ikke pasienten de ressursene de trenger for å mestre fysiske og psykiske aspekter av sin sykdom, og pasienten vil stå i fare for å utvikle tilleggsykdommer som depresjon og komplikasjoner som nytt hjerteinfarkt (Mæland, 2006).

For å ivareta pasienter gjennom undervisning, er det viktig at vi ser hele mennesket når vi kartlegger og tilrettelegger (Travelbee, 1971). Godt tilrettelagt og tilpasset informasjon fører til bedre forståelse og dermed mestringsfølelse hos pasientene. Økt forståelse av sykdommen bidrar til å styrke hjerteinfarktpasienters SOC som igjen fører til ressurser for å fremme deres mentale helse (Mæland, 2010). En god mental



helse er som nevnt tidligere viktig for å forebygge depresjon som kan gi alvorlige konsekvenser for helsen til pasienten (Mæland, 2006).

## 5.0 Konklusjon

*Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta hjerteinfarktpasienters mentale helse?*

Bakgrunnen for akkurat denne problemstillingen var at vi i praksis på hjertemedisinsk sengepost opplevde at det var veldig mye fokus på pasientenes fysiske helse, og at deres psykiske helse ikke fikk like mye oppmerksomhet. Gjennom denne oppgaven har vi sett hvilke konsekvenser det har for både pasienten og for samfunnet om pasientens mentale helse ikke blir tatt vare på etter et hjerteinfarkt. Samtidig viser forskning at sykepleiere har liten kunnskap om hvordan et hjerteinfarkt påvirker pasienters mentale helse (Haws et al., 2011).

I følge Mæland (2010) er det belastninger og personlige ressurser som avgjør om mennesker utvikler en psykisk lidelse som depresjon. Om pasienten ikke har høy nok Sence of Coherence (SOC), altså sterke nok indre ressurser for å takle disse belastningene, vil pasienten oppleve krise og Hummelvoll (2012) hevder at en ubearbeidet krise kan føre til depresjon. Travelbee (1971) hevder at det er sykepleieren sitt ansvar å hjelpe pasienten i å finne mening i sykdomstilværelsen gjennom å ha innledet et menneske- til menneskeforhold til pasienten. Den generelle utryggheten ved akutt sykdom, redsel for å miste livet og sterke fysiske smerter er belastninger som påvirker pasientens mentale helse. I *Sykepleierens grunnprinsipper* (1993) står det at Henderson hevder at sykepleierens oppgave er å ivareta pasientens helse gjennom å dekke de grunnleggende behov når han/hun ikke har ressurser til å klare dette selv. Sett i lys av vår problemstilling betyr dette å ivareta pasientens mentale helse ved fjerne belastninger gjennom at vi sørger for at alle pasientens grunnleggende behov er dekt.

Det er mye sykepleieren kan gjøre for å styrke pasientens mentale helse og dermed unngå han/hun utvikler en depresjon. Ved lindrende og behandlende sykepleie kan sykepleieren fjerne ubehag og øke pasientens velvære. Dette minsker belastninger og styrker pasientens ressurser (Kristoffersen et al., 2005). I følge Mæland (2010) vil forebyggende sykepleie fjerne risikofaktorer som kan påvirke pasientens mentale helse negativt. Helsefremmende sykepleie går direkte på å styrke pasientens personlige ressurser slik at han/hun takler sykdommen på best mulig måte. Gjennom

undervisende sykepleie vil sykepleieren kunne øke pasientens forståelse og dermed fjerne belastning og øke pasientens personlige ressurser (Tveiten, 2008). For å ta vare på hjerteinfarktpasienters mentale helse må vi se helhetlig på både sykepleiefaget og på pasienten.

I vårt søk etter forskningsartikler fant vi mange artikler om mental helse og hjerteinfarkt, noe som tyder på at det er et fokus på dette temaet. Antall hjerteinfarkt synker mens antall personer med psykiske lidelser øker (Mæland, 2010). I fremtiden vil vi kanskje ha et større fokus på å forebygge og fremme mental helse, noe som også kommer frem i St.melding 47, Samhandlingsreformen (2008-2009). Som sykepleier på somatiske sykehus kan det bli en utfordring å ha fokus på pasienters mentale helse i fremtiden siden antall liggedøgn skal reduseres ytterligere. Dette legger et press på sykepleierne til å ha godt samarbeid til kommunehelsetjenesten. Slik vi ser utviklingen i dag, er det kommunehelsetjenesten som vil møte de største forandringene. De vil få større ansvar siden mye av den behandlingen som i dag gjøres på sykehus, blir kommunen sitt område.

Om vi skulle forsket videre med vår problemstilling, ville vi kanskje ha gjort en studie hvor vi kartlegger hjerteinfarktpasienters mentale helse 8 uker etter utskrivelse. Her kunne vi funnet ut av hvilke konkrete sykepleietiltak som direkte bidro til å styrke deres mentale helse. På denne måten kunne det blitt utarbeidet generelle retningslinjer for ivaretagelse av hjerteinfarktpasienters mentale helse.

# Referanseliste

Christoffersen, L., Johannessen, A., & Tuft P.A. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V., Nordtvedt, M.W. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2.utg.) Oslo:Akribe A/S

Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S., Skårderud, F., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Haws, J., Ramjeet, J., & Gray, R. (01.11.2011). *A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction*Hentet

13.01.2014 fra: Journal of Clinical Nursing.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=f5169e69-3b1b-492e-b776-5c64ba522b37%40sessionmgr115&hid=103>

Sider: 8

\*Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 19.01.2014 fra Helsedirektoratet.no:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>

Sider: 108

Helsepersonelloven, LOV -1999-07-02-62. (2014).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.) Oslo: Gyldendal akademiske.

\*Kirkevold, M. (2012). Hendersons definisjon av sykepleiens natur. *Sykepleieteorier-analyse og evaluering*. (s.100-112) Oslo: Gyldendal akademisk.

Sider: 12

Knutstad, U. (Red.)(2010). *Sykepleieboken 2 - Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3.utg.) Oslo: Akribe .

Knutstad, U. (Red.) (2008). *Sykepleieboken 3- Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *Meld.St47-Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Hentet 05.06.2013 fra Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

\*Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.) (2005). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 1*. (s. 13-27) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sider: 14

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-234). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget

\*Martinsen, R., & Moen, A. (2010). Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery. *Vård i Norden*, 15-19. Sider: 5

Mekki, T. E., & Holter, I. M. (Red.) (2011). *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende sykepleie*. (4.utg.) Oslo: Akribe AS.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende Helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Mæland, J. G. (2006). Psykologiske reaksjoner, mestring og tilpassning etter hjertesykdom. I *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg. s.45-55) Kristiansand: Høyskoleforlaget. Sider: 10

\*Norsk Sykepleierforbund. (1993). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. (4.utg.) Norsk Sykepleierforbund. Sider: 72

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske Retningslinjer*.

Hentet 17.04.2013 fra Norsk sykepleierforbund:

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (28.02.2006). *The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction*. Hentet 14.01.2014 fra: European Journal of Cardiovascular Nursing <http://cnu.sagepub.com/content/5/4/303.full.pdf+html>

Sider: 7

Pasient-og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (2014)

Ski, C. F., Page, K., Thompson, D. R., Cummins, R. A., Zalzburg, M., & Worrall-Carter, L. (01.08.2012). *Clinical outcomes associated with screening and referral for depression in an acute cardiac ward*. Hentet 13.01.2014 fra Journal of Clinical Nursing: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f5169e69-3b1b-492e-b776-5c64ba522b37%40sessionmgr115&vid=5&hid=103>

Sider: 7

\*Statistisk sentralbyrå (2012). *Pasienter på somatiske sykehus*. Hentet 15.01.2014 fra Statistisk sentralbyrå:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=SomatSykehPas&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=pasient&StatVariant=&checked=true>

\*Torjuul, K. (2001). *Oversikt over Joyce Travelbees Sykepleieteori*. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Sider:29

\*Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects og Nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Sider: 237

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget.

\*WHO. (2013). *World Health Organization*. Hentet 08.02.2014 fra Mental Health: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gransmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.