

Emnekode: AIO018
Emnenavn: Fordypningsoppgave AIO
Oppgavetype: Fordypningsoppgave i
intensivsykepleie

Kull: AIOv10
Kandidat: Mari Elise Sveipe

Informasjon i intensivavdelingen

På hvilken måte er det hensiktsmessig for meg som intensivsykepleier å informere pasienter slik at de opplever mestring?



Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, 06.05.11
Ord: 9762
Veileder: Tore Karlsen



Sammendrag

AIO018 - Fordypningsoppgave AIO

Kull AIOv10

Dato: 6. mai 2011

Forfatter: Mari Elise Sveipe

Norsk tittel:

Informasjon i intensivavdelingen

Engelsk tittel:

Information in the intensive care unit

Sammendrag

Bakgrunnen for oppgaven er ønske om å sette fokus på informasjon i intensivavdelingen.

Dette er en lovpålagt plikt som er lett å skyve til side i en travel hverdag. Metoden er litteraturstudie, der pensum, selvvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer er brukt.

Hensikten med oppgaven er å finne ut hva litteratur og forskning sier om hensiktsmessige måter å informere pasienter med iskemisk hjertesykdom i intensivavdelingen på, satt i sammenheng med det å oppleve mestring. Hjerterfysiologi og patofysiologi, kommunikasjon og informasjon, krise- og adferdsteori, empowerment og mestring er sentralt. Drøftingen er en praktisk tilnærming som tar utgangspunkt i stadiemodellens faser; føroverveielse, overveielse, forståelse og handling/vedlikehold.

Nøkkelord: iskemisk hjertesykdom, informasjon, intensivavdeling, mestring.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PRESENTASJON AV TEMA	1
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV TEMA	2
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	3
2.0 METODE	5
2.1 VALG AV METODE	5
2.2 INNSAMLING AV DATA OG KILDEKRITIKK	5
2.3 ARTIKKELSØK	6
3.0 BAKGRUNN	9
3.1 HELSELOVGIVNING OG RETNINGSLINJER	9
3.2 INTENSIVSYKEPLEIER OG INTENSIVAVDELING, HVA ER DET?	10
3.3 KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON	11
3.4 ISKEMISK HJERTESYKDOM – FYSIOLOGI OG PATOFYSIOLOGI	13
3.5 KRISE- OG ADFERDSTEORI	14
3.6 MESTRING	15
3.7 EMPOWERMENT	16
4.0 PRAKTISK TILNÆRMING	18
4.1 FØROVERVEIELSE	18
4.2 OVERVEIELSE	22
4.3 FORBEREDELSE	25
4.4 HANDLING OG VEDLIKEHOLD	26
5.0 KONKLUSJON	28
6.0 ETTERORD	29
7.0 LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG A	34
VEDLEGG B	35
VEDLEGG C	36
VEDLEGG D	37
VEDLEGG E	38
VEDLEGG F	39
VEDLEGG G	40
VEDLEGG H	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Jeg er sykepleier og tar videreutdanning i intensivsykepleie. Jeg har flere års arbeidserfaring, hovedsakelig fra medisinsk intensiv. I arbeidet på denne avdelingen har jeg opplevd at pasienter som får iskemisk hjertesykdom pendler mellom avdelinger og sykehus. I tillegg til pendlingen er sykehusoppholdet ofte kortvarig, og det er en utfordring for helsepersonell å på kort tid skulle sikre at alle pasientene får informasjon slik at de opplever at de kan mestre det å ha fått en slik sykdom. Min hypotese basert på egne og andre kollegaers erfaringer er at vi ikke er flinke nok på dette området i dag. Pasienter tilkjenner dette ved senere kontakter med helsevesenet, som for eksempel på hjerteskolene. Dette er bakgrunnen for at jeg vil skrive om temaet i min fordypningsoppgave.

1.2 Presentasjon av tema

Temaet for undersøkelsen er informasjon i intensivavdelingen. Å informere pasienter er en viktig oppgave for intensivsykepleieren, men sykepleiere har ulik kompetanse, interesser og ulikt fokus. Økt bevissthet om pasientinformasjon kan bidra til å kvalitetssikre det informasjonsarbeidet som utføres på sykehusene. Derfor er det aktuelle temaet viktig å ta opp, og jeg håper oppgaven kan være til nytte for kollegaer slik at vi har fokus på å bli flinkere på dette området i fremtiden. Hensikten med oppgaven er å finne ut hva litteratur og forskning sier om hvordan det er hensiktsmessig å informere pasienter med iskemisk hjertesykdom på intensivavdelingen.

Det er de psykososiale aspekter ved det å bli akutt kritisk syk som vektlegges. Det er imidlertid klart at;

Den viktigste utfordringen spesialsykepleiere møter når det gjelder den akutt kritisk syke er å stabilisere den fysiske tilstanden, forhindre komplikasjoner og bidra til at pasientens helsetilstand gjenoprettes eller forbedres (Moesmand og Kjøllesdal 2004, s. 13).

Selv om jeg ønsker å skrive om pasientens psykososiale behov er ikke det gjort for å undervurdere min rolle som spesialsykepleier i sammenheng med pasientens fysiske behov, det er heller for å understreke viktigheten av helhetlig sykepleie. Ved å fokusere på psykososiale behov kan man bidra til at pasient og pårørende mestrer situasjonen på en bedre og mer hensiktsmessig måte.

I rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie er et av målene og kompetanseområdene for utdanningen at intensivsykepleieren skal kunne gi situasjonstilpasset undervisning, informasjon og veiledning til pasienter, pårørende, studenter og medarbeidere. Dette er med på å understreke relevansen og viktigheten av temaet for meg som intensivsykepleier. Evne til å kommunisere og samhandle med mennesker i krise påpekes som sentralt. Ett av flere sentrale tema som er nevnt er mestring og mestringsstrategier ved akutt og/eller kritisk sykdom og død (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Jeg ønsker å formidle en helhetlig omsorg, og da er de nevnte psykososiale hensyn, i tillegg til de fysiske, viktige.

Gjennom rammeplanen, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere og lovverk har jeg plikt til å informere og undervise pasienter ut i fra den situasjonen de er i. Det er vesentlig at jeg har den faglige bakgrunnen som trengs for å kunne hjelpe dem med det. Dette stiller store krav til informasjonens form, og problemstillingen blir som følger:

På hvilken måte er det hensiktsmessig for meg som intensivsykepleier å informere pasienter slik at de opplever mestring?

1.3 Avgrensning og presisering av tema

Problemstillingen kan omhandle flere aspekter. Jeg har valgt å skrive om informasjon og informasjonssamtaler med fokus på endring. Målet med informasjon i en tidlig fase av sykdomsforløpet er at pasienten skal kunne være så godt rustet som mulig til å mestre hverdagen etter sykehusoppholdet. På den måten unngår pasienten unødig engstelse og passivitet. Oppgaven omhandler hovedsakelig pasienten, men pårørende omtales også fordi deres sykdomsforståelse kan være god støtte for pasienten når han skal lære å mestre

sykdommen. I informasjonssamtaler skal pasienten få uttrykke hva han eller hun er opptatt av, og ulike fokus vil fanges opp på en naturlig måte. Oppgaven tar derfor ikke spesielle hensyn til kjønn.

Videre i oppgaven vil benevnelsen ”han” bli brukt om pasienten og ”hun” blir brukt om intensivsykepleieren. Ikke fordi det bare er menn som får iskemisk hjertesykdom, det er heller ikke bare kvinner som er intensivsykepleiere, men det tydeliggjør teksten slik at leseren kan være sikker på om det er pasient eller sykepleier som omtales. Oppgaven tar utgangspunkt i pasienten som en myndig person siden iskemisk hjertesykdom i all hovedsak inntreffer hos voksne. Medfødte hjertefeil og lignende spesialtilfeller, samt informasjon med hensyn til barn og unge, er ikke omtalt.

Røyking brukes som eksempel i forbindelse med informasjon, men jeg går ikke inn på mekanismene bak denne avhengigheten.

Oppgaven er skrevet av og for intensivsykepleiere, men ulike benevnelser, slik som helsepersonell, hjelper, sykepleier og intensivsykepleier, brukes om hverandre i teksten for å få variasjon i språket. Det samme gjelder for pasienten da jeg varierer med å skrive den akutt syke, pasienten eller den hjertesyke.

Jeg vil understreke min bevissthet om at andre grupper helsepersonell enn sykepleiere har ansvar for å informere. Det er ofte leger som gir informasjon om diagnose og følger av den, men det reduserer ikke sykepleierens ansvar for å informere og reinformere.

Det er ulike hensyn å ta når det gjelder pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Jeg går ikke dypere inn på dette i min oppgave siden det ville kunne bli en fordypningsoppgave i seg selv, og siden hovedvekten av pasientene jeg møter har norsk bakgrunn.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i fem kapitler. Første kapittel er innledning med bakgrunn for valg av tema, presentasjon av tema, avgrensning og presisering av tema, og til slutt oppgavens oppbygning. Metodekapittelet kommer dernest og inneholder valg av metode, datainnsamling

og kildekritikk og detaljer om artikkelsøket. Kapittel 3 er bakgrunnsteori og her definerer jeg sentrale begreper, samt synliggjør teori jeg mener er relevant for det aktuelle temaet. I drøftingsdelen tar jeg utgangspunkt i stadiemodellen av Prochaska og DiClemente (1983), og dette gir en praktisk tilnærming. Kapitlet er delt i fire deler, og her forsøker jeg å få frem noe ulikt fokus etter hvilket stadie pasienten er kommet til. Det være seg føroverveielse, overveielse, forberedelse eller handling og vedlikeholdsstadiet. Forskjellen er nyansert og delene går derfor noe i hverandre. Gode spørsmålsformuleringer under samtale med pasienten nevnes eksempelvis. Gjennom den praktiske tilnærmingen kommer jeg til slutt frem til en konklusjon.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Oppgaven er løst ved hjelp av litteraturstudie. Med denne metoden undersøkes teori og forskning slik at et bredt kunnskapsgrunnlag om det aktuelle temaet foreligger. Dette innebærer pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsbaserte artikler og egne erfaringer. Temaet er godt representert i faglitteraturen, og det har derfor vært greit å finne stoff. Det er både fordeler og ulemper ved å bruke denne metoden. Fordelen er at man får gjort omfattende undersøkelse av relevant litteratur og forskning som finnes. Ulempen er at man kan bli farget av andres meninger, og at det kan være vanskelig å vurdere hva som er gode og pålitelige kilder. Det er også en ulempe at dette ikke gir et sikkert bilde av hva som er praksis.

I en litteraturstudie må man kritisk vurdere teorien, i forhold til om den er gyldig, troverdig og relevant, og det krever kompetanse på kritisk artikkellesning. Åndsverksloven følges, og de respektive forfattere krediteres med korrekte henvisninger der jeg bruker av deres materiale (Åndsverkloven 1961). Videre er anonymiserte og ikke gjenkjennbare erfaringer brukt som eksempel fra praksis, jamfør taushetsplikten (Helsepersonelloven 1999). I spesialsykepleie er teoretisk og praktisk kunnskap viktig, men uten å gjøre etiske overveielser, engasjere seg personlig og ta med det juridiske aspektet, så blir sykepleien mangelfull (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

2.2 Innsamling av data og kildekritikk

Ved innsamling av data var pensumlitteraturen førstevalg. Deretter har bibliotekaren på høgskolen vært til god hjelp for å søke opp andre bøker som kunne være relevante som selvvalgt litteratur. De har også gitt tips i forhold til artikkelsøk for å finne gode forskningsartikler. Kildene er vurdert kritisk, og anerkjente forfattere er brukt i hovedsak. Fokuset har vært på å bruke ny litteratur, men noen eldre referanser er likevel med siden de er høyst aktuelle i dag. Litteraturen som er benyttet er både primærkilder og sekundærkilder. Fordelen med primærkilder er at man da ser på ”originalen”, mens en sekundærkilde henviser, refererer til eller bygger på primærkilden (Bjørk og Solhaug 2008).

I praksis har temaet vært diskutert med kollegaer, og undertegnede har hatt fordel av å være del av hjerteskolene, som er et poliklinisk rehabiliteringstilbud på en dag ca. 6 uker etter en innleggelse. Dette er en naturlig møteplass for pasienter som har hatt iskemisk hjertesykdom. Pasientene på hjerteskolene kan fortelle om personlige erfaringer som treffer fordypningsoppgavens kjerne. Kunnskap fra to fagdager tidligere i vår som begge omhandlet pasienter med hjertesykdom er benyttet. Kolleger har også vært vennlige og tipset om artikler, mens andre artikler er funnet ved å bruke kildehenvisninger fra artikler eller bøker. Noe informasjon er funnet via brukerorganisasjoner.

Artiklene har blitt vurdert etter IMRAD-prinsippet. I står for introduksjon, som gir en bakgrunn for hvorfor studien gjennomføres. (M)etode sier hvordan studien er gjennomført og resultatene analysert. (R)esultat forteller hva de fant, (A)nd binder sammen ordene og (D)iskusjon sier hva resultatene betyr. Resultat og diskusjon er av og til slått sammen (Nortvedt m.fl. 2008). Sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter har også vært til hjelp (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008).

2.3 Artikkelsøk

For å få et bredt og systematisk søk er PICO-modellen brukt (Nortvedt 2008). Når det gjelder gode søkeord har SveMed+ som er en referansedatabase vært til god hjelp. Denne inneholder artikler i nordiske tidsskrifter innen medisin, helsefag og sykepleie. De er ordnet i et faglig hierarki og indekseres med "Medical Subject Headings", ofte forkortet til MeSH-termer. På denne måten fant jeg frem til konkrete emneord som beskriver innholdet i artiklene og gjør det enklere å finne andre artikler som omhandler samme tema (Nortvedt 2008). Disse søkeordene brukte jeg videre i PICO-skjemaet.

I artikkelsøket skrev jeg søkeordene i entall med trunkeringstegn slik at jeg fikk med alle bøyninger av ordene i søket. For eksempel vil "Inform*" omfatte information, informed osv. Det aktuelle temaet fordrer kunnskap om hvorvidt pasienter i intensivavdelingen trenger informasjon. Deretter er det viktig å finne ut om effekten av god informasjon er at pasienten blir mindre engstelig, og om det øker etterleveligheten til ordinert behandling og dermed at behandlingsutkommet blir annerledes. Jeg har gjort to søk etter hhv. intensive care unit og

coronary care unit. Dette er fordi språkbruken varierer, og jeg ville være sikker på å få med aktuelle artikler uansett om undersøkelsen var gjort på ICU eller CCU (se Tabell 1, PICO). Utgangspunktet for å finne søkeord til skjemaet var; P-population: pasienten med iskemisk hjertesykdom, I-intervensjon; informasjon, C-comparisjon; står blank, og O-outcome; hvilken effekt informasjonen hadde hatt, ICU/CCU var med her.

Når det gjelder Comparison i PICO-skjemaet ble det forsøkt å finne egnede søkeord for å kunne sammenligne utfall ved for dårlig eller ingen informasjon. Det har imidlertid vært vanskelig å finne søkeord som gir treff. Søk på ”no information”, ”limited information”, ”lack of information” ga ikke resultat. Søkte opp kun ”information” for å få opp forslag til søkeord med håp om at noen kunne passe. Fikk da mange alternativer, men ingen som passet i denne sammenhengen.

Søkeordene som ble brukt i første søket er; myocardial infarction, coronary disease, information needs, health education, patient education, anxiety, compliance, treatment outcome, patient perception, coronary care unit. Dette vises i Tabell 1. Her kom det opp fire aktuelle artikler. For å se en nøyaktig oversikt over søkene gjort i databasene Medline og Chinal, se vedlegg A og B. ”Advanced search” er brukt på alle søkene. I Medline Ovid Nursing er søkealternativet ”Map Term to Subject Heading” bevisst bevart for at søket skulle bli mer presist.

Patients/population/ problemer	Intervention/initia tiv/action	Comparison	Outcome	
Myocardial Infarction Coronary Disease	Information needs Health education Patient education		Anxiety Patient compliance Treatment outcome Intensive Care Unit Patient perception	↑ O R ↓
← AND →				

Tabell 1 Tabellen viser PICO-skjema for artikkelsøk nr. 1

I neste søk ble ICU byttet ut med CCU, og søkeordene som ble brukt her er: myocardial infarction, coronary disease, information needs, health education, patient education, anxiety,

compliance, treatment outcome, patient perception, coronary care unit. Dette er illustrert i tabell 2. En nøyaktig oversikt over søkene gjort i databasene Medline Ovid Nursing og i Cinahl finnes i vedlegg C og D. Her kom det opp to aktuelle artikler, begge er av de fire artiklene fra forrige søk.

Patients/population /problem	Intervention/initia tiv/action	Comparison	Outcome	
				↑
Myocardial Infarction Coronary Disease	Information needs Healt education Patient education		Anxiety Compliance Treatment outcome Patient perception Coronary care unit Coronary care Coping	O R ↓
← AND →				

Tabell 2 Tabellen viser PICO-skjema for artikkelsøk nr. 2

Alle søk er gjort på nytt 02.05.2011. To av de fire artiklene som er brukt ble funnet i Medline. En artikkel var i begge databasene, mens den siste var i Cinahl.

3.0 Bakgrunn

3.1 Helselovgivning og retningslinjer

Hensikten med helselovgivningen og retningslinjene er å gi pasienten rettigheter, og helsepersonell plikter. Dette er ment som en sikkerhet om god kvalitet i helsetjenesten for pasienter. Det skal bidra til at folk skal kunne ha tillit til tjenesten og til personalet der (Helsepersonelloven 1999, Pasientrettighetsloven 1999).

Pasientrettighetsloven går inn på ulike sider av det å gi pasienten rettigheter. Lovens paragraf tre omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon, og et eget ledd hjemler retten til tilpasset informasjon;

Informasjonens form. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal (Pasientrettighetsloven 1999, §3-5).

Intensivsykepleiere er en del av spesialisthelsetjenesten (se kap. 3.2), og spesialisthelsetjenesteloven har som formål å fremme folkehelsen, samt motvirke sykdom. Loven skal bidra til at tjenesten blir tilpasset etter pasientens behov, og opplæring av pasient og pårørende er hjemlet i § 3-8 som en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver (Lov om spesialisthelsetjenesten 1999). Tilpasset informasjon skal gjøre pasienten i stand til å forstå innholdet i helsehjelpen og gi han innsikt i egen helsetilstand (Pasientrettighetsloven 1999). Hvem som skal få informasjon er i følge pasientrettighetsloven de som har krav på det (Helsepersonelloven 1999). Med det menes pasienter og pårørende (Pasientrettighetsloven 1999).

I Pasientrettighetsloven (1999) paragraf tre er også medvirkning sentralt. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i at den enkelte er ekspert på eget liv. Det innebærer at brukerens og

pasientens erfaringer og synspunkter er med på å påvirke tjenestene. For å kunne yte best mulig hjelp benytter tjenesten erfaringer brukeren har med helsetjenesten. Dette betyr ikke at det faglige ansvaret blir fratatt behandleren, men det skal bidra til kvalitet på tjenestene ved at brukeren har mer innflytelse på sin egen livskvalitet. Brukeren kan påvirke både på systemnivå og på individnivå (Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK 2008, Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

De etiske retningslinjene for sykepleiere er med på å understreke sykepleierens ansvar for å gi informasjon. Det står at sykepleieren skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått, og på den måten fremmes pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (NSF 2007). Helsemyndighetene ønsker at pasienten skal bli mer selvstendig ved å ansvarliggjøre den enkelte pasient mer når det gjelder egen helsetilstand. Begrensning og forebygging skal i fokus fremfor behandling og reparering. Dette vil være gunstig i både et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv (St.meld. nr. 47 2008-2009)..

3.2 Intensivsykepleier og intensivavdeling, hva er det?

Intensivsykepleieren er en offentlig godkjent sykepleier som har tatt videreutdanning og dermed fått spesialkompetanse innen sitt felt. Helsehjelp til akutt og kritisk syke er intensivsykepleierens ansvar og funksjonsområde. Pasienten trenger som regel ivaretagelse 24 timer i døgnet, og fagfeltet fanger bredt. Hygiene og stell så vel som avansert teknisk behandling, eller pårørende i krisesituasjon (Stubberud 2010b). I rammeplan for intensivsykepleiere står det at man skal kunne undervise og informere (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). På grunn av spesialkompetansen vil en intensivsykepleier være en etterspurt underviser for blant annet pasienter og pårørende.

Intensivsykepleierens funksjon er delt i en direkte pasientrettet funksjon og en indirekte pasientrettet funksjon. Den direkte pasientrettede funksjonen er delt i en forebyggende-, behandlende-, lindrende-, og rehabiliterende funksjon. Den indirekte rettes mot undervisning, forskning og utvikling, administrasjon og ledelse (NSFLIS 2002, Stubberud 2010b). Den direkte og indirekte pasientrettede funksjonen inngår i oppgavens tema. Intensivsykepleierens undervisende funksjon er nevnt allerede i problemstillingen. Den lindrende funksjonen er aktuell i og med at et av målene i den funksjonen knyttes til mestring av livssituasjoner

hvilket også er sentralt i problemstillingen. Siden rehabiliteringen starter allerede i akutfasen med tiltak som tar sikte på å forebygge komplikasjoner og bedre funksjonsnivå, er det også aktuelt for oppgaven.

Intensivsykepleierens arbeidssted er hovedsaklig på spesialavdelinger i somatiske sykehus, slik som en intensivavdeling er. En slik avdeling er ofte preget av avansert teknisk utstyr og miljøet kan inneholde blinkende alarmer, mye lyd, lys og støy fra mennesker og apparater. Intensivavdeling omfatter både kirurgisk og medisinsk intensiv (Stubberud 2010c). I praksis er disse noen ganger slått sammen, noe som særlig gjennomføres på mindre sykehus. En studie av Ian Jones og Martin Johnson (2008) understreker spesialkompetansen til sykepleiere som jobber på hjerteenheter. I tillegg til å beherske teknologien som er på en slik avdeling har de evnen til å utvikle terapeutiske forhold til pasientene sine, og er i en god posisjon til å gi viktig fysisk og psykologisk omsorg i både kritiske og palliative stadier av sykdommen.

3.3 Kommunikasjon og informasjon

Travelbee (1999) omtaler kommunikasjon som den viktigste redskapen sykepleiere har i møte med pasienter. Kommunikasjon og informasjon henger tett sammen. Med informasjon menes opplysning, underretning, viten formidlet mellom mennesker ved hjelp av ulike former for kommunikasjon (www.snl.no).

I ethvert møte mellom pasient og sykepleier foregår det kommunikasjon – verbalt og nonverbalt gjennom adferd, utseende, holdning og ansiktsuttrykk. Sykepleieren må kunne forstå hva den syke kommuniserer for så å bruke denne informasjonen i sykepleieintervensjoner (Travelbee 1999). God kommunikasjon kjennetegnes ved at en har fokuset på den andre og at hans behov blir identifisert og ivaretatt (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

Det man ikke vet har man gjerne en spontan tendens til å engste seg over og spekulere på. Pasienten trenger derfor informasjon om sykdommen, behandlingen og virkninger for å unngå unødige engstelser og usikkerhet (Eide og Eide 2007). En studie av Havva Tel og Hatice Tel (2006) tar for seg individualisert undervisning og hvilken effekt det har på angstnivå hos pasienter med hjerteinfarkt og deres familier. Fokuset er på de som blir overflyttet fra

spesialavdeling til generell sengepost. Studien viser en signifikant forskjell på angstnivået hos de som fikk individuell undervisning kontra de som ikke fikk (ibid). Når det gjelder om informasjonen bør være muntlig eller både muntlig og skriftlig er det bevist signifikant mindre angst og depresjon ved utdeling av informasjonsark (Arnold m. fl. 2009). Skriftlig informasjon var også fordelaktig når mental helse og generell helse ble vurdert. Det hadde derimot ingen signifikant effekt på tilfredshet med behandling, etterfølgende symptomer, livsstilsendringer, informasjonssøking eller planlagte handlinger ved nye smerter (ibid).

En profesjonell hjelper har gjerne et mål om at kommunikasjonen skal bidra til en endring hos pasienten, slik at han forholder seg på en bedre og mer hensiktsmessig måte. Ved å samtale med pasienten ønsker man å påvirke. Det er imidlertid en betingelse for endring at man møter den andre uten betingelser, forventinger eller krav om forandring. For å bidra til endring hos pasienten må man altså gi opp målet om endring. Man kan bruke ulike metoder for å vise at man forstår og ser pasienten (Eide og Eide 2007);

- Det å være aktivt lyttende og gi umiddelbar respons ved å følge verbalt
- Hjelperen bør gi oppmuntring og anerkjennelse
- Gjenta nøkkelord og nøkkeluttrykk
- Tydeliggjøre eller konkretisere det pasienten sier
- Å reformulere eller speile følelsene til pasienten
- Dele egne erfaringer
- Bruke humor

Den akutt kritisk sykes angst og frykt kan påvirke hans kommunikasjonsmuligheter. Dette krever kunnskap og ferdigheter hos sykepleieren. Målet med en informasjonssamtale er at den skal gi innsikt og forståelse slik at pasienten føler seg trygg og at budskapet ikke misforstås (Eide og Eide 2007). Sharon McKinley m. fl. (2009) har undersøkt om 40 minutter undervisning og rådgivning på tomannshånd påvirker kunnskap, holdninger og oppfatninger når det gjelder symptomer på akutt koronart syndrom og hensiktsmessig reaksjon på symptomer. Det viste seg at eksperimentgruppens score forbedret seg signifikant på kunnskap, holdninger og oppfatninger i forhold til kontrollgruppa allerede etter 3 måneder og dette varte til kontrollen etter 12 måneder.

Informasjon om hjertets fysiologi og patofysiologi er grunnleggende for å forstå viktigheten av gunstige livsstilsendringer slik som kosthold, røyking og fysisk aktivitet.

3.4 Iskemisk hjertesykdom – fysiologi og patofysiologi

Hjertet er et hult muskelorgan inndelt i fire kammer, to forkammer og to hovedkammer.

Høyre hjertekammer pumper blodet ut i lungekretsløpet. Deretter kommer blodet tilbake til venstre hovedkammer, som via aorta pumper blodet ut i resten av kroppen. I aortabuen går kransarteriene av, det er disse som forsyner selve hjertemuskelen med oksygenrikt blod (Bjålie 2006).

I kransarteriene kan man, som ellers i karsystemet, få arteriosklerose. Dette plakket tetter til lumen i kransarterien og noen ganger kan det bli full stopp i blodstrømmen. Det gjør at det oppstår myocardiskemi og nekroseutvikling, og etter bare 8 sekunder har myocardcellene brukt opp sine O₂-reserver (Eikeland, Gimnes og Holm 2010). Spasme i en koronararterie, trombose og emboli er andre mulige årsaker til hjerteinfarkt. Symptomer på iskemi kan imidlertid oppstå før åren er helt okkludert, og pasienten får anginasmerter. Typiske symptomer på iskemi i hjertet er brystmerter retrosternalt. De oppleves ofte klemmende eller sviende med utstråling opp til halsen, ned i abdomen eller ut til venstre arm. Smerter i kjeven, epigastriet, kvalme, oppkast, dyspné, generell svakhet, svimmelhet eller syncope er ikke uvanlig (ibid). Symptomene er ulike fra person til person, men dersom man har hatt det en gang så kjenner man oftest igjen symptomene neste gang.

Når hjertet rammes av iskemi er det imidlertid ikke kun en fysiologisk krise. Det rammer både pasienten og deres pårørende emosjonelt, som en trussel mot livets dypeste verdi, selvbildet og dagliglivet (Eikeland, Gimnes og Holm 2010).

Helse er sykepleierens mål og sykdom er kjennetegn ved våre pasienter. Helse har vært definert og redefinert flere ganger, fordi synet på helse endrer seg i takt med at holdninger og livsstil endres etter hvert som verdenssamfunnet utvikler seg. WHO's definisjon i 1946 var "fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende". Den har siden blitt endret og lyder som følger: "Helse er evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv" (Lee et al. 2008). For ikke mange år siden lå hjertepasienter på sykehus i 4-6 uker for behandling. Det meste av tiden gikk med til venting, men det var det beste og mest helsebringende for pasienten ut i fra kunnskapen og tilgjengelig teknologi den gangen. Nå er tiden på sykehus

reduisert til 3-5 dager (Netland, Fålund og Norekvål 2011). Såpass kort liggetid stiller høye krav til helsepersonell om å informere pasienter i krise.

3.5 Krise- og adferdsteori

Moesmand og Kjøllesdal (2004) beskriver det å være akutt kritisk syk som en situasjon som kan ha oppstått brått og som kan medføre frykt og engstelse. Det er en situasjon preget av forandring, tap og krise.

Temaet ligger i skjæringspunktet mellom den naturvitenskapelige tradisjonen og den humanistiske tradisjonen. Førstnevnte omhandler virkeligheten og harde fakta om hva som skjedde med pasienten i det han fikk hjerteinfarkt. Den humanistiske tradisjonen omhandler pasientens tanker, intensjoner og forestillinger, og her kan det være et mangfold av virkeligheter ut i fra hvordan informasjonen de har fått er blitt oppfattet av den enkelte. Naturvitenskapen gir en forklaring på fenomenet hjerteinfarkt, men det er ved hjelp av hermeneutikken vi kan nærme oss en forståelse av hva det vil si å ha denne sykdommen: angsten, usikkerheten for fremtiden, smerteopplevelsen osv (Buberg 1994 i Dalland 2007 s.55-56).

En pasient som er akutt syk blir utsatt for psykiske påkjenninger (Stubberud, 2010a). Cullberg (2007) er kjent for sin kriseteori, og han opererer med fire faser; sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeiding eller reparasjonsfase og nyorienteringsfasen. Han har funnet frem til at alle mennesker som opplever tap gjennomgår lignende faser. Fasene går over i hverandre og de trenger ikke komme i nevnt rekkefølge. Sjokkfasen kan vare i timer eller dager. Den kjennetegnes ved at man opplever en uvirkelighetsfølelse, nesten som deltagelse i en drøm. Det har ikke gått opp for en hva som har skjedd. Reaksjonsfasen kan vare i dager eller uker, og fasen kjennetegnes ved markerte symptomer som gråt, angst og fortvilelse. Dette står i motsetning til den første fasen hvor man tilsynelatende er uanfektet av det som har skjedd. Bearbeiding eller reparasjonsfasen kan vare i uker eller måneder, og den kjennetegnes ved at opplevelsen gjennomarbeides. Tidligere faser og reaksjoner integreres, man begynner å forstå dem og sette dem i perspektiv. Nyorienteringsfase kan vare i måneder eller år. Man begynner å få troen på fremtiden. Livet begynner å falle på plass (Cullberg 2006).

Hjerteinfarkt kan oppleves som et sjokk for pasientene, og det å ha støtte fra pårørende som er tilstede virker gunstig på stress, følelser og mestring. Etter gjennomgått hjerteinfarkt er det vanlig å få depresjon, og kvinner er mer utsatt enn menn (Eikeland, Gimnes og Holm 2010). Undervisning, veiledning og adferdsendring er gjennom forskning dokumentert å være sentrale faktorer i rehabiliteringen av hjertepasienter. Rådene som blir gitt i forbindelse med hjertesykdom følges i varierende grad. Særlig det å slutte å røyke, øke fysisk aktivitet og redusere alkoholforbruk er råd som kan være vanskelig å nå gjennom med. Pasientene har i større grad vært lojale i forhold til råd om legemiddelbehandling (ibid). Forskning viser likevel at når det gjelder gunstige livsstilsendringer for pasienter med hjerteinfarkt er det viktigste enkelttiltaket å slutte å røyke. En studie gjort av Quist-Paulsen og Gallefoss (2003) viser at hele 95% av infarktpasientene er motivert til å slutte å røyke 3 dager etter innleggelsen.

Tiltak er mer effektive når de er basert på teorier om endring (Prochaska og DiClemente 1983). For å påvirke til å endre livsstil hos mennesker som har helsemessige årsaker til å gjøre det er stadiemodellen en egnet måte å få struktur på informasjonssamtalen, ut i fra hvilket stadiet pasienten er i; føroverveielse, overveielse, forberedelse eller handling, eller vedlikehold. De mener at uansett ”teoretisk” retning på terapien, så foregår endring i et visst mønster (ibid). Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4.0.

Antonovsky og Lev (2000) sier at for å kunne håndtere utredning og behandling av alvorlig sykdom er pasientens opplevelse av sammenheng avgjørende. Situasjonen vil lettere bli oppfattet som forståelig, meningsfull og håndterbar dersom opplevelsen av sammenheng er sterk. De som opplever stor grad av sammenheng vil lettere kunne velge hensiktsmessige mestringsstrategier, og se den problematiske situasjonen som en utfordring (ibid).

3.6 Mestring

Livssituasjonen pasienten og dens pårørende kommer i ved innleggelse i spesialavdeling på grunn av akutt kritisk sykdom kan gi psykiske reaksjoner som man trenger hjelp for å mestre (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

Benner og Wrubel skriver om mestring som ett mål for sykepleie (Kristoffersen m. fl. 2004), og allerede ved tusenårsskiftet var fokuset endret fra problemsentrering og løsning av problemer for individer, til i stor grad å fokusere på brukerens behov, hvilke ressurser den enkelte har, og på mestring. Vekst, utvikling, læring og mestring kan gi økt kompetanse og det igjen kan øke mestringskapasiteten (Tveiten 2001). Selv om man nå går mer bort i fra problemorientering som strategi er det fortsatt viktig å huske på at noen pasienter av og til kan ha behov for hjelp til å løse et problem for å komme seg på rett spor igjen. Fokuset er imidlertid på at den enkelte pasient må ansvarliggjøres for oppnå mestring (ibid). Mestring vil avhenge av situasjonen han befinner seg i, og det vil være forskjellig fra person til person (Stubberud 2010a).

For å kunne hjelpe en pasient med mestring av psykososiale behov må spesialsykepleieren være dyktig i behandling av pasientens fysiske behov. På denne måten får man tillit, og når man har skapt tillit kommer man lettere i posisjon på det psykiske plan. Helhetlig omsorg inkluderer menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon i holdning og handling, og det forutsetter respekt for pasientens integritet (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Mestring kan diskuteres som begrep fordi det kan oppleves som for stort og uhåndterlig. På engelsk heter det coping, og det kan oversettes med "*Hvordan håndtere*". Den pedagogiske utfordringen i mestringsarbeidet er å flytte oppmerksomheten fra behandlerens rolle til pasientens egeninnsats og selvbestemmelse (Liv Thorsen forelesning HiG 08.02.2011).

Antonovsky og Lev (2000) sier at sosial støtte er viktig for å finne veien til mestring. De understreker imidlertid viktigheten av å analysere prosessen som gjør at sosial støtte virker både som buffer og som direkte sykdomsforebyggende.

3.7 Empowerment

Med empowerment menes at pasienten skal gjøres om fra objekt til subjekt. Det vil si at han gis en mer aktiv rolle, pasienter som sier "Gjør meg frisk, doktor" blir borte. Helsepersonell må ha en mer tilbaketrukket rolle slik at pasienten får lene seg litt fremover (Liv Thorsen HiG 08.02.2011).

Thesen og Malterud (2001) har sett på ulike oversettelser av begrepet empowerment, fordi det er vanskelig å finne et enkelt ord på norsk som dekker den engelske betydningen. Det engelske begrepet er derfor i ferd med å få innpass i skandinavisk språkbruk (Askheim 2003). Direkte oversatt betyr empowerment bemyndigelse, myndiggjøring eller mektiggjøring. Opprinnelsen til begrepet var ”the new sosial movements” i USA på 1960-tallet hvor stigmatiserte grupper begynte å kjempe for menneskerettigheter og respekt. I den sammenhengen var betydningen det motsatte av undertrykking, altså mobilisering og styrking av egne krefter (Thesen og Malterud 2001).

Empowerment handler om å overføre makt. For at det skal skje må makten gis eller tas tilbake av den avmektige (Askheim 2003). Den enkelte pasient skal gis styrke og tro på egne ressurser, sykepleieren må hjelpe til å finne frem deres indre motivasjon. For å klare dette må man være ydmyk og man må ha et ønske om å utvide den enkelte pasients autonomi. Det er viktig å huske på at den enkelte er ekspert på eget liv. Endring skjer først når vi som hjelpere evner å se pasientens ressurser og få dem som aktive deltakere (ibid). En slik bemyndigelse av pasienten viser seg å resultere i adferdsendring (Thesen og Malterud 2001).

Empowerment er ikke bare en psykologisk bevisstgjøringsprosess. Det er et virkemiddel til å endre sosiale forhold og maktforhold, og et virkemiddel i en politikk med mål om frigjøring.

Askheim (2003) sier at noe av grunnen til at empowerment har kommet for fullt, er at brukervennligheten på tjenesteapparatet ikke har vært optimal. Brukermidvirkning bygger på teorier om empowerment. Brukermidvirkning er hjemlet i Pasientrettighetsloven (1999) og det skjer både på individnivå og på systemnivå. På individnivå er det samarbeid mellom den enkelte bruker, fagpersoner og forvaltning. Brukeren kjenner egen livssituasjon best, og sammen med fagkompetanse vil disse utfylle hverandre. På systemnivå er brukerorganisasjonene representert i ulike instanser for å bidra til å utvikle gode tjenester. Det kan være møter, høringer og prosjekter (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

4.0 Praktisk tilnærming

Når pasientens fysiske tilstand tillater det kan prosessen med informasjon starte. Målet med informasjonen som gis er at pasienten skal ha mer kunnskap om iskemisk hjertesykdom når han drar fra sykehuset enn det han hadde da han ble innlagt, og gjennom god informasjon kan man hjelpe ham til å oppleve mestring. Intensivsykepleieren har ansvar for å formidle hva som gjør at et hjerteinfarkt oppstår, hva man skal gjøre når man kjenner symptomer, og sist men ikke minst hva man kan gjøre for å forebygge at sykdommen utvikler seg. Det siste er ofte det vanskeligste å formidle siden man fort kan oppfattes som moraliserende. På hvilken måte man fremstiller informasjonen er derfor viktig. Røykeslutt brukes som eksempel på gunstig livstilsendring siden det fortsatt er mange som røyker, og siden røykeslutt er den viktigste enkeltfaktoren for å forebygge nye hendelser i hjertet (Quist-Paulsen og Gallefoss 2003). Stadiemodellen er like egnet uansett hvilke livstilsendring som er aktuell for den enkelte pasient (Prochaska og Velicer 1997).

For at pasienter skal oppleve mestring må man ansvarliggjøre den enkelte med utgangspunkt i hans situasjon og forutsetninger (Tveiten 2001). I denne praktiske tilnærmingen er stadiemodellen brukt som teoretisk bakgrunn for endring. Pasienter på ulike stadier er ulikt psykologisk forberedt på endring, og tiltak må tilpasses den enkelte (Prochaska og DiClemente 1983).

4.1 Føroverveielse

Når pasienten er i fasen som i stadiemodellen kalles føroverveielse er målet for sykepleieren å bidra til å vekke bevissthet og interesse for endring hos pasienten, ettersom føroverveielse er en tilstand der man enten har for lite eller feil informasjon, eller har flere mislykkede forsøk på endring bak seg (Prochaska og Velicer 1997). Det å øke oppfattede fordeler av endring og redusere barrierer for å tenke på å gjennomføre en endring er sentralt her.

Hvor lenge vi har kontakt med en pasienten med iskemisk hjertesykdom på intensivavdelingen kan variere fra timer til dager, og informasjonen som gis må tilpasses ut

fra når den fysiske og psykiske tilstanden hans tillater det (Stubberud 2010a). Man må også ta hensyn til at det vil variere hvor mye kunnskaper den enkelte pasient har fra før både når det gjelder sykdommen, sykdomsforløpet og gunstige livsstilsendringer. Det å gi informasjon allerede under oppholdet på intensivavdelingen, vil kunne bidra til at pasienten opplever mestring og gi et godt grunnlag for god og hensiktsmessig rehabilitering.

Viktig var endringen som skjedde allerede ved tusenårsskiftet da fokuset gikk fra problemsentrering og løsning av problemer for individer, til i stor grad å fokusere på brukerens behov, hvilke ressurser den enkelte har (empowerment) og på at helsepersonell skal hjelpe pasienten til mestring (Tveiten 2001). Når en pasient blir innlagt med iskemisk hjertesykdom kan man ikke som helsepersonell unnlate seg å spørre om røykevanene til pasienten. Det er imidlertid viktig å tenke over at måten man legger frem temaet overfor en røyker vil være avgjørende for hvordan budskapet vil bli mottatt hos pasienten. Her er det nyttig å ha litt bakgrunnskunnskap før man begynner, fordi man kan fort oppfattes moraliserende.

Den enkeltes livsstil er tuftet på en rekke verdier og holdninger. Det innebærer erfaring, kunnskap og følelser, og adferden bygger på disse komponentene. Det viser seg at de som opplever stor grad av sammenheng velger hensiktsmessige mestringsstrategier (Antonovsky og Lev 2000). Økte kunnskaper om hjertesykdom og om hvordan gunstige livsstilsendringer virker inn på sykdommen er en viktig sammenheng å forstå for pasienter med iskemisk hjertesykdom. Sammenheng vil i følge Antonovsky og Lev (2000) gjøre at man lettere ser situasjonen som håndterbar og tar det som en utfordring. Pasienten som røyker trenger for eksempel å forstå sammenhengen mellom brystmerter og karkontraksjon ved røyking. Det at blodtrykk, kolesterol og puls øker ved røyking, har også sammenheng siden disse pasientene ofte får medikamenter for å senke de nevnte symptomer. Trombositendensen øker ved røyking, og pasienter med iskemisk hjertesykdom får ASA-motvirke for å redusere denne (Kogstad og Alm 2006).

Når man på intensivavdelingen skal ta opp viktige og noen ganger vanskelige tema kan det være greit å ta utgangspunkt i noen sentrale prinsipper. Ett prinsipp er at man som sykepleier og hjelper må vise en grunnleggende holdning som innebærer respekt for den enkeltes valg av livsstil (Elin Amrud forelesning HiG 08.02.2011). Før man går inn på personlige spørsmål kan det være lurt å be om tillatelse til å snakke om røyking, som en "besøkende". Denne

fremgangsmåten hjelper pasienten til å beholde kontrollen. Pasienten er ekspert på eget liv, og han må selv finne måten endringen skal skje på, men sykepleieren kan hjelpe ham på vei.

Intensivsykepleieren må kunne se pasienten som en unik person (Stubberud 2010b). For å klare dette må sykepleieren lytte, og vise at hun lytter. Man bør imidlertid ikke forstå hva pasienten mener for fort, han må også få mulighet til å utdype. Når pasienten er i føroverveiellesstadiet bør man samtale rundt røykeslutt og hvilke fordeler det har. Noen eksempel er bedre pust, bedre fysisk form og at man sparer penger. Dersom pasienten er opptatt av økonomi kan man for eksempel snakke om hva han kan tenke seg å spare røykepengene til dersom han slutter. Dette kan oppfattes som belønning og kan gi lyst til å slutte å røyke, men dette er individuelt. Det er kun ved å gå i dialog med pasienten at man får frem det som den enkelte ser på som viktig. Samtalen må også dreie seg om hvilke barrierer som kan stå i veien for å slutte å røyke, slik at man sammen kan forsøke å finne løsninger på barrierene. Intensivsykepleieren må understreke viktigheten av en slik samtale selv om det ikke fører til endring umiddelbart. Hos noen må tanken modnes, og andre er ikke i stand til å tenke på det i situasjonen på intensivavdelingen. Noen kan fremdeles være i sjokkfase og trenger dermed mer tid før de skal tenke på nye store endringer i livet sitt.

Man kan også spørre seg om informasjon på pasientens premisser alltid er mulig, eller om noen rett og slett ikke er mottakelige. Når man inviterer seg inn til samtale om røyk, kan man av og til bli avvist av de som for eksempel ikke innser at røyking er skadelig ved hjertesykdom. Disse pasientene har vi som helsepersonell også en plikt til å informere. En hensiktsmessig måte å takle det på kan være å alminneliggjøre informasjonen ved å si at det er rutine å informere om dette her.

For at pasienten skal føle seg trygg og oppleve mestring må han få informasjon som han forstår og som han opplever å ha nytte av (Eide og Eide 2007). Det handler om læring, ikke bare om å formidle informasjon. Men det å være tilstrekkelig opplyst er ikke alltid nok - målet med samtalen er å påvirke holdninger samt styrke pasientens lyst og mulighet til å leve helsefremmende. Det viser seg imidlertid å være lettere å gi gode råd enn å få pasienten til å følge dem. Påvirkning basert på teori og toveiskommunikasjon som er målrettet er imidlertid mer effektiv enn tiltak uten teoretisk begrunnelse (Mæland 2005).

I hvor stor grad pasienter er mottagelige for informasjon vil variere ut i fra kjønn, alder, sosial bakgrunn, kunnskapsnivå, tidligere erfaringer og holdninger til helse (Mæland 2005).

Sammenhengen informasjonen gis i spiller også inn, og omgivelsene viser seg å ha betydning for pasienten. Når man blir syk mister man kontroll på egen situasjon, man blir tatt med inn i nye omgivelser med rutiner og utstyr man ikke kjenner. Teknisk utstyr lager mye lyd, og personalet snakker fagspråk som kan mistolkes og gjøre pasienten utrygg dersom han ikke får forklart hva som skjer. Det er lite i omgivelsene pasienten opplever som gjenkjennbart, noe som også kan gi utrygghet (Stubberud 2010a). Helsepersonell må derfor være bevisst sitt språk, redusere lys, lyder og støy så godt som det lar seg gjøre. Dersom man har mulighet og det er andre pasienter eller støy på rommet kan det være smart å ta pasienten med til et annet og mer egnet rom. Personalet er selv en del av omgivelsene - de kan skape trygghet eller usikkerhet, alt ettersom hvordan man forholder seg og på hvilken måte man evner å se pasienten, slik at informasjonen blir hensiktsmessig.

Pasienter opplever situasjoner forskjellig. For noen kan det for eksempel være traumatisk når man plutselig må flytte fra en avdeling til en annen, mens for andre kan det oppleves befriende (Moesmand og Kjøllestad 2004). Sykepleiere som daglig jobber med hjertesyke pasienter har en unik kompetanse når det gjelder å beherske teknologi og i tillegg skape relasjon til pasienten som gjør at de evner å tilpasse den forståelsen til pasientens behov (Jan Jones og Martin Johnson 2008). Dette er viktig når man skal informere pasienter. Og individualisert undervisning reduserer engstelse (Tel og Tel 2006). Man kan forstå det som at fravær av engstelse er viktig for å oppleve at man mestrer.

Det å få en akutt kritisk sykdom vil for mange oppleves som en krise. Hvordan pasienten mestrer en slik krise vil ha betydning for hvor mottagelige de er for informasjon. På intensivavdelingen vil det i hovedsak være sjokkfasen og reaksjonsfasen som er aktuelle, siden de to andre fasene kommer tidligst etter noen uker (Cullberg 2006). Inntrykk fra praksis er imidlertid at ikke alle opplever iskemisk sykdom som et sjokk i den grad at man opplever å stå på siden av seg selv som i en drøm, men det kan likevel være en krise i den forstand at en slik akutt sykdom vil medføre en sorgreaksjon. En slik sorgreaksjon vil i følge Cullberg (2006) være en del av de fleste akutte kriser, men på hvilken måte man mestrer krisen vil avhenge av tidligere opplevelser. Noen vil for eksempel kunne reagere med fortvilelse, sinne eller selvforsømmelse. Til forskjell fra andre kriser kan mange med iskemisk hjertesykdom selv gjøre noe for å forebygge nye hendelser. Dette kan hjelpe på mestringsfølelsen, nettopp

fordi det er noe konkret man kan gjøre. I forhold til krise vil det også ha betydning om pasienten har en akutt hendelse av en sykdom han hadde fra før og kanskje har vært innlagt på sykehus med tidligere, eller om sykdommen kom fullstendig overraskende.

Når pasienten er på intensivavdelingen kan sammenhengen gjøre at han er mer mottagelig enn han ville vært tidligere. Det viser forskningen til Quist-Paulsen og Gallefoss (2003) som sier at 95% er motivert til røykeslutt tredje dagen. Det er flere eksempler på pasienter som har røyket i mange år, men som slutter på dagen når de blir innlagt med hjerteinfarkt til tross for at de lenge har de visst at det å røyke er skadelig for helsen. I følge Prochaska og Velicer (1997) er man ofte motvillig eller umotivert for forandring dersom man befinner seg i føroverveiellesstadiet, men Prochaska og DiClemente (1983) finner ingen data som beskriver hvorfor man går fra føroverveielse til overveielse. Alvorlig sykdom er oppgitt som en mulig utløsende faktor, og informasjon under oppholdet på intensivavdelingen vil kunne være en katalysator for overgangen fra føroverveiellesstadiet.

4.2 Overveielse

I fasen som i stadiemodellen kalles overveielsen skal man ha kommet dit hen at man danner intensjon om aktivitet. Sykepleieren har som mål å forsøke at pasientens oppfattede fordeler ved endring økes og at barrierer pasienten har for å gjennomføre dem reduseres, i tillegg skal man bygge opp under pasientens forventninger om mestring (Prochaska og DiClemente 1983).

Intensivsykepleieren må skaffe seg kunnskap om hva som betyr noe for pasienten i den situasjonen han har kommet i. Man kan tilegne seg opplysninger fra pasient og pårørende, bruke teori om mennesker i stress og traumatisk krise og bruke erfaringer fra tidligere pasienter. Det er viktig å tenke over at det ofte kan være hunden eller katten som er igjen hjemme alene som er pasientens første og viktigste bekymring når han blir innlagt på sykehus (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

For de som lever sammen med andre vil en krise være et felles anliggende (Cullberg 2006). Som intensivsykepleier har man ansvar for å forberede pasienten på at det er vanlig å få følelsesmessige reaksjoner, og at støtte fra pårørende er viktig. Sosial støtte påpekes av

Antonovsky og Lev (2000) som viktig for pasientens opplevelse av mestring. Pårørende kan opptre både som en utfordring og som en ressurs for pasienten (Moesmand og Kjøllesdal 2004). I praksis har man sett at det å informere pårørende sammen med pasienten er en hensiktsmessig måte å få dem til å bli en ressurs. Pårørende må også lære seg å mestre sykdom hos sine nærmeste, de er engstelige på den sykes vegne. Det finnes eksempler på ektefeller som ikke vil la mannen sitte på do med låst dør fordi de er redd for at noe skal skje ham mens han sitter der. Felles sykdomsforståelse og oppfatning av sammenhengen mellom sykdom og livsstil vil ha stor betydning for om man klarer å iverksette en endring. Samtale om omgivelser som kan spille inn når pasienten skal hjem er relevant. Spør hvordan pasienten tror røykingen påvirker hans nærmeste familie og miljøet hjemme for å bevisstgjøre konsekvenser av adferden. Røyk er for noen ensbetydende med sosialt samvær enten med ektefelle eller andre. Når pasienten er på intensiv har han ikke mulighet til å røyke og blir automatisk tvunget til et opphold. Dette kan bygge opp under pasientens mestringsfølelse. Han klarer seg uten røyk på avdelingen, og det er derfor ingen grunn til at han ikke skulle kunne klare det når han kommer hjem. Det er imidlertid lettere å slutte enn å ikke starte opp igjen. Sykepleieren må derfor snakke med pasienten om strategier for å unngå å starte igjen når han kommer hjem til sitt vante miljø. Spør hvilke situasjoner røykeren ser som kritiske. Snakk om det gode ved å røyke og hva han kommer til å savne, og kom frem til avledningsmanøvre han kan bruke når røyketrangen melder seg.

Alle må få likt tilbud om informasjon, selv om man ut i fra behovet hos den enkelte pasient må vektlegge de områder som er aktuelle. Skriftlig informasjon er en hensiktsmessig måte å informere pasienter på fordi det beviselig gir mer kunnskap (Arnold et al. 2009). Pasienten kan repetere selv og eventuelt sammen med andre når han måtte kjenne behov for det.

Når man som sykepleier kommer inn til en pasient er det umulig å ikke kommunisere, og folk forventer at helsepersonell skal ta opp temaer som er viktige, selv om de er ubehagelige. Dersom viktige områder ikke blir berørt kan det oppleves utrygt. Pasientene jeg som intensivsykepleier møter på intensivavdelingen er i en tilstand der de ikke alltid er mottakelige for informasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Sykepleieren kan av den grunn være redd for å kreve innsats fra pasienten, og dermed unnlate å ta opp livsstilsendringer. Informasjon til pasienter prioriteres ulikt, og er av de oppgavene som ofte prioriteres bort i en travel hverdag på intensivavdelingen. Det er imidlertid ikke akseptabelt tatt i betraktning vår lovpålagte oppgave (Pasientrettighetsloven 1999, Helsepersonelloven 1999, Spesialhelsetjenesteloven

1999, NSF 2007). Med utgangspunkt i dette må man i samtalen med pasienten være oppmerksom på i hvilke områder han har mangelfulle kunnskaper, slik at man kan prioritere disse. Røykere har imidlertid ofte gjort forsøk på å slutte tidligere, og dette bør de få ros for. Det betyr kanskje at pasienten har kunnskaper om røykeslutt, men man må likevel samtale om strategier. Tidligere forsøk viser at han har erfaring, som er en fordel siden han vet hva han må være oppmerksom på neste gang han forsøker å slutte. Her kan det lønne seg å informere om at tilbakefall er vanlig, og at det er nyttig å lage seg strategier for å unngå det.

Ambivalens når det gjelder røykeslutt er normalt og det må man akseptere at pasienten har (Prochaska og DiClemente 1983). Hjelperen må unngå å bli utålmodig eller motivert på pasientens vegne. Man må etablere en god relasjon, ta vennlig imot utspill fra pasienten og presentere tilbudet. Husk at man er ”besøkende”. En hensiktsmessig måte for å løse ambivalens kan være å be pasienten skrive ned positive og negative sider ved adferden og ved endring. Gode spørsmålsformuleringer kan være;

- Hva er det du liker ved røyken?
- Hva setter du mest pris på?
- Hva tror du at du ville savne om du skulle slutte å røyke?
- Mindre gode sider ved adferden, gode sider ved endring.
- Hva er det du kanskje ikke er så fornøyd med når det gjelder røyking?
- Hva liker du minst?
- Hva tror du at du vil vinne om du sluttet?
- Sammenfatte det som er sagt og spørre: Hva tror du vil komme til å bli viktig for deg på lengre sikt?

Slike spørsmål kan være med å øke pasientens oppfattede fordeler ved endring, samt redusere barrierer for å gjennomføre røykeslutt. Erfaring viser at denne vinklingen kan fungere positivt på pasienter fordi de er vant til en formanende holdning. Når de så blir bedt om selv å tenke gjennom det, så finner de mange gode grunner for å slutte. På den måten kan pasienten selv få foreslå hva han mener er gunstig endring, fordi man ofte vet hva man bør gjøre. Det som er vanskelig er gjennomføringen.

4.3 Forberedelse

Gode levevaner og livsstilsendringer er sentralt for pasienter med iskemisk hjertesykdom, og mange har en del å hente. I forberedelsesfasen er målet å komme i gang (Prochaska og DiClemente 1983). Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å sette seg realistiske mål. Pasienten vil forhåpentligvis få et ønske om å gjøre seg nye erfaringer, ut i fra kunnskapen han har tilegnet seg slik at holdningen til røyk endrer seg. Man kan imidlertid ikke vente at alle pasientene slutter å røyke etter oppholdet på intensiv, men kanskje har man ført dem inn på et spor som gjør at de etter hvert finner ut at fordelene med røykeslutt er større enn ulempene.

WHO's definisjon av helse (Lee et al. 2008), "å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv" er for mange pasienter med iskemisk hjertesykdom et realistisk mål dersom de får informasjon slik at engstelse og annet ikke setter unødige begrensninger for utfoldelse. Det å komme tilbake til jobb er et realistisk mål og for yrkesaktive vil det ofte være vesentlig for å finne tilbake til en hverdag man trives med.

Når pasientens ambivalens kommer frem må sykepleieren lytte, og stille spørsmål for å finne ut hva pasienten selv har tenkt å gjøre for å bedre situasjonen. Åpne spørsmål som; Hva synes du om det?, eller; Bekymrer du deg over det? og for å få pasienten til å konkretisere; Kan du si litt mer om det? Dersom pasienten forteller om små positive endringer slik som nedtrapping av antall sigaretter allerede før innleggelsen, så må man oppmuntre og gi ros. Spørsmål for å få pasienten til å føle at han mestrer kan være; Hvordan fikk du til å holde opp så lenge? På denne måten kartlegger sykepleieren pasientens hjelpebehov, neste steg er da å be pasienten komme med handlingsalternativer. Eksempel på et godt, handlingsrettet spørsmål er; Hva kan du gjøre for å redusere enda litt mer?

Når man oppdager argumenter og årsaker selv påvirker det i større grad enn det som andre oppdager for en. Man endrer seg av egne grunner. Når man skal endre en vane opplever mange at det aldri passer helt å endre seg. Ambivalensen kommer til uttrykk ved at man både vil og ikke vil gjennomføre en endring. Noen går og venter på å bli topp motivert. Men hva betyr egentlig det? - og er det nødvendig? Motivasjon er ingen stabil størrelse og man trenger derfor ikke å være topp motivert for endring, det er nok å ha lyst (Elin Amrud forelesning HiG 08.02.11). Først må pasienten erkjenne negative konsekvenser av det å røyke. Pasienten kan få si noe om hvilke bekymringer han har over negative konsekvenser han tenker

endringen kan føre med seg. Deretter må sykepleieren stille gode spørsmål som gjør at pasienten selv kommer frem til forventninger han kan ha om positivt utkomme av endring. Sykepleieren må bygge opp under pasientens forventning om at han kan mestre endringen, og få han til å tro på at han kan klare det. På denne måten får han tillit til at han mestrer. Det er viktig å være nøytral og saklig. Sykepleieren må vurdere om det er riktig tidspunkt, eller om det er bedre å komme tilbake noen timer senere.

I artikkelen av Netland m. fl. (2011) hevdes det at alvorlig sykdom noen ganger kan ha positive konsekvenser. Det advares riktignok mot at man aldri skal forvente at en pasient skal oppleve dette, men det kan godt være åpenhet for å spørre om det kan ha vært mulighet for at noe godt kan ha kommet ut av det. Eksempelvis nevnes det at noen setter mer pris på livet i etterkant, andre kan oppleve alvorlig sykdom som en vekker som fører til at de klarer å gjennomføre endringer i livet som de har ønsket å gjøre lenge, men som aldri har blitt noe av. Det er imidlertid viktig å påpeke at man aldri må snakke om positive konsekvenser på en slik måte at man undergraver alvoret i situasjonen og de begrensninger som sykdommen kan skape.

4.4 Handling og vedlikehold

Etisk grunnlag for forebygge ved å hjelpe folk til å endrelivsstil kan forsvares moralsk samtidig som både den enkelte og samfunnet tjener på at skader og sykdommer utsettes eller forhindres. Likevel kan man undres i hvor stor utstrekning samfunnet skal kunne gå i å innskrenke folks frihet for å beskytte folks egen helse (Mæland 2005). For eksempel er det fortsatt slik at de som røyker har frihet til å fortsette å røyke, selv om alle i dag vet at det er skadelig. På den ene siden kan man tenke seg at samfunnet burde ha rett til å ta tobakken ut av salg, siden det er samfunnet i tillegg til individet som må betale den dagen man blir syk av å ha vært røyker. Samtidig må man være forsiktig med å ta friheten fra enkeltmennesket,

Når man har kommet til handling og vedlikeholdsfasen har man imidlertid valgt å slutte å røyke og da handler det om å fortsette det gode arbeidet (Prochaska og DiClemente 1983). Pasienten som kommer til intensiv kan være i en slik fase. Det kan være nyttig å snakke om røyk selv om pasienten er kommet dit hen at han har sluttet og det har vedvart en stund. Sykepleieren kan spørre hvordan det går, slik at pasienten kan få hjelp dersom han har

spørsmål eller noe ikke fungerer optimalt. Selv om man har sluttet trenger man å minnes på fordelene det gir, og man bør hele tiden ha klare mål, både kortsiktige og langsiktige.

Autonomi og medbestemmelse er viktige stikkord som harmonerer med moderne lovgivning (Helse- og omsorgsdepartementet (2008, Pasientrettighetsloven 1999). En viktig og riktig endring sier at man ikke skal se pasienten som passiv mottager av behandling og et naturvitenskapelig objekt. Pasientsentrert praksis i stedet for sykdomssentrert praksis mener man er gunstig, fordi man håper å få pasientens subjektive opplevelse og dens betydning for pasienten i dagliglivet mer i fokus (St.meld. nr. 47 2008-2009). Gjennom pasientsentrert praksis skal man som intensivsykepleier hjelpe pasienten til å bli bevisst sin egen opplevelse. Man kartlegger pasientens forutsetninger slik som følelser, forventninger og forestillinger. På bakgrunn av det gjør man vurderinger sammen med pasienten og kommer frem til tiltak og mål. Sykepleieren må være aktivt lyttende, være åpen, gi rom for fleksibilitet og improvisasjon tross definerte rammer for samtalen. Dette gir en maktfordeling og står sentralt i empowerment-tankegangen som er motsetning til det tradisjonelle sykdomsfokuset. Man skal gi pasienten mulighet til å bruke egne ord om hva som er viktig eller hva som er vanskelig. Spørsmålene man stiller bør være åpne, som eksempel; ”Hva synes du selv om helsetilstanden din?” Dette spørsmålet fordrer ikke ett ja-nei-svar, og pasienten blir dermed tvunget til å utdype. Samtidig gir det ingen føringer på om man som sykepleier har forventninger til at svaret han skal gi blir positivt eller negativt. Ulempen med denne måten å spørre på er at man må ha god tid. Tid kan som kjent være en knapphetsressurs, men dette er viktig og vi er lovpålagt å prioritere det. For at pasientsamtalen skal bli best mulig, terapeutisk og diagnostisk, kan man snevre inn og stille avgrensede spørsmål litt ut i samtalen når flere åpne spørsmål allerede er stilt.

Netland m. fl. (2011) ser på empowerment som å nøytralisere krefter som gir avmakt, men som styrker pasientens egne ressurser. Med stort fokus på pasientens egne ressurser er det imidlertid viktig for sykepleieren å ikke bli passiv. Vi har myndighet og makt i kraft av vår profesjon, og selv om makten i følge denne tankegangen skal omfordeles skal vi ikke overlate vanskelige problemstillinger til pasienten eller pårørende alene.

5.0 Konklusjon

Intensivsykepleieren er av lov og yrkesfunksjon pålagt å gi informasjon. Likevel er det mange sykepleiere som unnlater seg å sette av tid til å samtale med pasienten på en slik måte at pasienten forstår viktigheten av livsstilsendringer og sammenhengen dette har med ervervet sykdom. Kort liggetid på sykehus gjør dette ekstra utfordrende.

Alle pasienter er enkeltindivider, noe man må ta hensyn til i en informasjonssamtale ved å tilpasse informasjonen. Det skal være toveiskommunikasjon mellom sykepleier og pasient, slik at pasienten får sagt hva som er viktig for ham. Nyere tenkning går over til at pasienten i større grad skal ansvarliggjøres, og sykepleieren skal bidra til å få frem pasientens egne ressurser. Dette er et viktig moment for at pasienten skal oppleve mestring. I denne oppgaven er stadiemodellen et hjelpemiddel for sykepleieren til å definere hvor pasienten er i forhold til en endringsprosess. Denne modellen hjelper meg som intensivsykepleier til å strukturere informasjonssamtalen siden endring foregår i et visst mønster. Ut i fra hvilket stadiet pasienten er i, er det ulike hensyn å ta selv om mye går over i hverandre.

Pårørende bør helst være tilstede med pasienten under en informasjonssamtale da dette gir viktig sosial støtte. Mange er engstelige og skriftlig informasjon sammen med muntlig informasjon vil kunne redusere engstelsen og gi bedre læring.

På intensivavdelingen bør sykepleieren få undervisning om gunstige fremgangsmåter, slik at det utvikles kollegial støtte på at man må sette av tid til gode informasjonssamtaler til pasienter med iskemisk hjertesykdom. Sykepleieren som skal gi informasjon må ha bakgrunnskunnskap om teorier som går på fysiologi og patofysiologi, kommunikasjon, krise og adferd, mestring og empowerment.

For å informere pasienten på en hensiktsmessig måte er den faglige bakgrunnen i oppgaven vesentlig. Jeg ser at alle ovenfor nevnte aspekter er viktige for å hjelpe pasienten til å oppleve mestring.

6.0 Etterord

Jeg har i denne oppgaven tatt for meg informasjon til pasienter med iskemisk hjertesykdom. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg tilegnet meg kunnskap om måter å informere på som er hensiktsmessig for at pasienten skal oppleve å mestre. Det har vært spennende og utfordrende å jobbe med oppgaven. Det finnes mye stoff, og det kan være vanskelig å sortere og avgrense, men jeg mener å ha fått frem hensikten med oppgaven.

Som kommende intensivsykepleier er jeg opptatt av helhetlig omsorg, og oppgavens tema understreker dette.

Behovet for undervisning til sykepleiere om måter å informere på i praksis er til stede slik jeg ser det, og bevisstgjøring av dette udekkede behovet er noe jeg kan ta med meg tilbake til praksis.

7.0 Litteraturliste

*Antonovsky, A og A. Lev (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København : Hans Reitzel Forlag.

*Arnold, J., S. Goodacre, P. Bath & J. Price (2009). Information sheets for patients with acute chest pain: randomized controlled trial. I: *British Medical Journal*, BMJ 2009;338:b541

*Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment*, Gjøvik: Gyldendal norsk forlag

Bjørk, I. T. & M. Solhaug. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS

*Cullberg, Johan (2007). *Krise og utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.

*Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eikeland, A., M. Gimnes & H.M. Holm (2010). Sirkulasjonssvikt. I: Gulbrandsen, T. & D.-G. Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s.272-313. Oslo: Akribe AS

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Brukermedvirkning* [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803> (19.04.11)

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

*Jones, I. & M. Johnson (2008). What is the role of the coronary care nurse? A review of the literature. I: *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3): 163-170

*Kogstad, E. K. og C. Alm (2006). Hvordan påvirker røyking atherosklerosen og koronarokklusjonene? I: *Hjerteposten. Fagtidsskrift for NSF's landsgruppe av kardiologiske sykepleiere*, 8. Årgang, s. 15.

*Kristoffersen, N. J. (red), F. Nortvedt (red) og E.-A. Skaug (red) (2004). *Generell sykepleie I*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Lee, K. et al (2008). *Globalization, Global Governance and the Social Determinants of Health: A review of the linkages and agenda for action* [online].

WHO Commission on Social Determinants of Health. URL:

http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf

*McKinley, S. et al. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. I: *International Journal of Nursing Studies*, 46(2009): 1037 – 1046.

Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllesdal (2004). *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

*Mæland, John Gunnar (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Bergen: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/2031.cms> (28.03.11)

*Netland, H., N. Fålund og T. M. Norekvål (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. I: *Sykepleien*, 99(04): 50-52

Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe for Intensivsykepleiere (NSFLIS) (2002).
Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Oslo

Nordtvedt, M.W. m.fl. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. 1. utgave. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter* [online] Lovdata. URL:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

*Prochaska, J. O. & C. C. DiClemente. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395

*Prochaska, J.O. & W. F. Velicer (1997). The transtheoretical model of health behavior. I: *The Science of Health Promotion*, 12(1): 38 – 48.

*Quist-Paulsen, P. & F. Gallefoss (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. I: *British Medical Journal*, 327(7426): 1254-1257.

*Rossen, Eirik (2011). Informasjon [online]. Oslo: Store Norske Leksikon. URL:
<http://snl.no/informasjon> (26.04.11)

Sand, O. m.fl (2001). *Menneskets fysiologi*. Oslo: Gyldendal akademisk

Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK (2008). *og bedre skal det bli.. ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse* [online]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. URL:
http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Kampanjer/kvalitetskommuner/dokumenter/Brukerm edvirkning_mindre_fil.pdf (26.04.11)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m. m.* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Rett behandling – på rett sted – til rett tid: Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stubberud, D.-G. (2010a). Pasientens psykososiale behov. I: Gulbrandsen, T. & D.-G. Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s.55-73. Oslo: Akribe AS

Stubberud, D.-G. (2010b). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: Gulbrandsen, T. & D.-G. Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s.32-49. Oslo: Akribe AS

Stubberud, D.-G. (2010c). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Gulbrandsen, T. & D.-G. Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s.25-30. Oslo: Akribe AS

*Tel, H. & H. Tel (2006). The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. I: *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 35(2): 101 – 107

*Thesen, Janeke og K. Malterud (2001). "Empowerment" og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. I: *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 121(13): 1624 – 1628.

Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tveiten, Sidsel (2001). *Pedagogikk i sykepleierpraksis*. Lørenskog: Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Oslo.

*Åndsverkloven (1961). *Lov om opphavsrett til åndsverk m.v.* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19610512-002.html>

Vedlegg A

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
	Medline Ovid Nursing Database 1948 to April Week 3 2011		
1. Myocardial Infarction*			6072
2. Coronary Disease*			6770
3.		1 or 2	11704
4. Information needs*			1816
5. Health education*			1377
6. Patient education*			25641
7.		4 or 5 or 6	28149
8. Anxiety*			8211
9. Patient compliance*			5059
10. Treatment Outcomes*			15105
11. Intensive Care Units*			12921
12. Perception*			15381
13.		8 or 9 or 10 or 11 or 12	53607
14.		3 and 7 and 12	168

Vedlegg B

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
	Cinahl		
1. Myocardial Infarction*			21552
2. Coronary Disease*			18392
3.		1 or 2	36696
4. Information needs*			8124
5. Health education*			30338
6. Patient education*			38235
7.		4 or 5 or 6	73604
8. Anxiety*			24031
9. Patient compliance*			12716
10. Treatment Outcomes*			85424
11. Patient perception*			1031
12. Intensive Care Units*			23113
13.		8 or 9 or 10 or 11	140780
14.		3 and 7 and 12	158

Vedlegg C

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
	Medline Ovid Nursing Database 1948 to April Week 3 2011		
1.Myocardial Infarction*			6072
2.Coronary Disease*			6770
3.		1 or 2	11704
4.Information needs*			1816
5.Healt education*			1377
6.Patient education*			25641
7		4 or 5 or 6	28149
8.Anxiety*			8211
9.Patient compliance*			5059
10.Treatment outcome*			15105
11.Perception*			15381
12.Coronary care units*			1056
13. Coronary care*			0
14.		8 or 9 or 10 or 11 or 12	42932
15.		3 and 7 and 14	165

Vedlegg D

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Myocardial Infarction*			21552
2.Coronary Disease*			18392
3.		1 or 2	36696
4.Information needs*			8124
5.Healt education*			30338
6.Patient education*			38235
7		4 or 5 or 6	73604
8.Anxiety*			24031
9.Compliance*			29917
10.Treatment outcome*			85424
11.Patient perception*			1031
12.Coronary care unit*			912
13.Coronary care*			2012
14.Coping			21889
15.		8 or 9 or 10 or 11 or 12	156897
16.		3 and 7 and 13	250

Vedlegg E

Referanse.	Hensikt, problemst. og /eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
<p>Havva Tel og Hatice Tel (2006)</p> <p>The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families</p> <p>Heart Lung 2006 mar/apr; 35(2):101–107</p>	<p>Studien ser på individualisert undervisning og hvilken effekt det har på angstnivå hos pasienter med hjerteinfarkt og deres familier. I denne studien er det fokus på dem som blir overført fra spesialenhet (CCU) til en mer generell sengepost.</p>	<p>Studien besto av en gruppe på 90pasienter, og en gruppe på 90pårørende. Pasientgruppen ble delt i to med hver sin nærmeste pårørende. En eksperimentgruppe fikk individualisert undervisning og en kontrollgruppe som ikke fikk det. De måtte fylle ut ett skjema med beskrivende informasjon om pasienten og deres pårørende, slik som sykdom og livsstil. I tillegg måtte de fylle ut Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory som er skjema for å finne ut hvilken type angst en pasient har.</p>	<p>De fant ut at det var en signifikant ($P < 0.01$) forskjell på angstnivået hos de som fikk individuell undervisning kontra de som ikke fikk.</p>	

Vedlegg F

Referanse.	Hensikt, problemst. og /eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
<p>Ian Jones og Martin Johnson (2008)</p> <p>What is the role of the coronary care nurse? A review of the literature</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing 2008 Sep; 7(3) 163-170</p>	<p>Rollen til sykepleierne på coronarenheten har vært basert på anekdotisk måte, dvs ikke vitenskapelig bevist.</p> <p>Hensikten med oversiktsartikkelen er å gå gjennom litteraturen for å beskrive den moderne rollen på en vitenskapelig måte.</p>	<p>Litteratursøk i 3 helserelaterte databaser for å identifisere alle journalartikler fra 1990-2006. Gjennomgangen tok for seg all primærforskning og ”audit” artikler som diskuterte rollen til sykepleiere som jobbet på coronarenheter.</p>	<p>Sykeleiere på coronar er ansvarlige for vurdering av pasienter og symptomlindring. De bruker ofte teknologi for å oppnå disse målene. I tillegg har de evnen til å utvikle terapeutiske forhold til pasientene sine, og er i en veldig god posisjon til å gi viktig fysisk og psykologisk omsorg i både kritiske og palliative stadier av sykdommen.</p>	

Vedlegg G

Referanse.	Hensikt, problemst. og /eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Jane Arnold, Steve Goodacre, Peter Bath and Jonathan Price (2009) Information sheets for patients with acute chest pain: randomized controlled trial BMJ 2009 Mar; 338(35)	Undersøke om det å gi ut informasjonsark til pasienter med akutte brystmerter reduserer engstelse, bedrer helserelatert livskvalitet, gjør dem mer tilfreds med behandlingen, om det påvirker etterfølgende symptomer eller hendelser.	Det er en randomisert kontrollert studie som tar utgangspunkt i ett sykehus, nærmere bestemt på en brystsmerteenhet på en akuttavdeling. Det var ikke en blindtest, så pasientene visste at det ble gjort forskjell på gruppene. 700 påfølgende pasienter med akutte brystmerter og uten klar diagnose initialt ble inkludert i studien.	Av 700 pasienter var det 494(70.6%) som responderte. De som fikk standard muntlig informasjon og i tillegg skriftlig informasjon fikk signifikant mindre angst og depresjon enn kontrollgruppa. Informasjonsark var også fordelaktig når mental helse og generell helse ble vurdert. Det hadde derimot ingen signifikant effekt på tilfredshet med behandling, etterfølgende symptomer, livsstilsendringer, informasjonssøking eller planlagte handlinger viss nye smerter.	

Vedlegg H

Referanse.	Hensikt, problemst. og /eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
<p>Sharon McKinley m. fl. (2009)</p> <p>The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial</p> <p>International Journal of Nursing Studies 2009 Jan; 46() 1037-1046</p>	<p>De skulle teste effekten av undervisning og rådgivning om kunnskap, holdninger og oppfatninger når det gjelder symptomer på akutt koronart syndrom og hensiktsmessig reaksjon på symptomene og identifisere pasientbeskrivelser etter at de over tid har fått endret kunnskap, holdninger og oppfatning.</p>	<p>Randomisert kontrollert forsøk med to pasientgrupper. Totalt 3522 mennesker med koronar hjertesykdom. Eksperimentgruppen fikk 40min undervisning og rådgivning på tomannshånd, mens kontrollgruppen fikk vanlig behandling. Kunnskap, holdninger og oppfatninger ble målt ved start, etter 3mnd og etter 12mnd ved hjelp av ACS respons index og varians analyse med repeterte målinger.</p>	<p>Eksperimentgruppens score forbedret seg signifikant på kunnskap, holdninger og oppfatninger i forhold til kontrollgruppa allerede etter 3mnd og dette varte til kontrollen etter 12mnd. Det å i større grad oppleve kontroll over hjertesykdommen var i assosiert med mer positive holdninger, og høyere angstnivå var assosiert med lavere nivå av kunnskap, holdninger og oppfatninger.</p>	