

Andrea Wicklund-Hansen og Gøril Michalsen

Hvilke hensyn bør sykepleier ta for å ivareta hjerteinfarktpasientens behov for informasjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Jon Viktor Haugom

Mai 2021

Andrea Wicklund-Hansen og Gøril Michalsen

Hvilke hensyn bør sykepleier ta for å ivareta hjerteinfarktpasientens behov for informasjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Jon Viktor Haugom
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke hensyn bør sykepleier ta for å ivareta hjerteinfarktpasientens behov for informasjon?	Dato : 21.05.21
Forfattere:	Andrea Wicklund-Hansen og Gøril Michalsen	
Veileder(e):	Jon Viktor Haugom	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Hjerteinfarkt, informasjon, pasient, sykehus.	
Antall sider/ord: 43/10168	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Et hjerteinfarkt er en irreversibel skade i myokard, og skyldes som regel en trombose i en koronararterie. Hjerterehabiliteringen kan deles inn i ulike faser, og den første fasen foregår på sykehuset. Som pasient har man krav på å motta informasjon og det er lovpålagt at helsepersonell skal informere tilstrekkelig. Hjerteinfarktpasienters informasjonsbehov vil variere under behandlingsløpet. Pasientinformasjon handler om å formidle kunnskap ved å innhente den riktige informasjonen, og informasjonen bør omhandle sykdomslære, medikamenter, livsstilsendring og livet etterpå.</p> <p>Hensikt: Belyse hvilke hensyn sykepleier bør ta for å ivareta informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter.</p> <p>Metode: Litteraturstudie bygget på vitenskapelige forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Ut i fra hjerteinfarktpasientenes perspektiv viser resultatet at de ikke er tilstrekkelig informert under innleggelsen på sykehus. Sykepleier og pasient har ulike syn på hva som er viktig å informere om, samt hvor stort behovet for informasjon er. I tillegg er det stor variasjon i pasientens evne til å oppfatte informasjon.</p> <p>Konklusjon: Sykepleier bør ta hensyn til at pasientene i stor grad ikke er informert tilstrekkelig, og bør identifisere pasientens behov. Sykepleier bør være klar over viktigheten i å informere om symptomer pasientene kan oppleve etter utskrivelse. Individuell informasjon bør brukes i større grad, eventuelt i kombinasjon med standardisert informasjon. Pasientenes oppfattelse av informasjon bør også tas hensyn til, da evnen til å tilegne seg informasjon kan være redusert. Et siste hensyn sykepleiere bør være klar over, er at det de mener er viktig informasjon, ikke nødvendigvis samsvarer med hva pasienten ønsker å få informasjon om.</p>		

ABSTRACT

Title:	What considerations should nurses take to preserve the information needs of myocardial infarction patients?	Date : 21.05.21
Authors:	Andrea Wicklund-Hansen og Gøril Michalsen	
Supervisor(s)	Jon Viktor Haugom	
Keywords (3-5)	Myocardial infarction, information, patient, hospital	
Number of pages/words: 43/10168	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: A myocardial infarction is an irreversible damage to the myocardium and is usually caused by a thrombosis in a coronary artery. Cardiac rehabilitation can be divided into different phases, and the first phase takes place at the hospital. As a patient, you have the right to receive information and it is a legal requirement that health personnel provide sufficient information. Myocardial infarction patients' information needs will vary during the course of treatment. Patient information is about disseminating knowledge by obtaining the right information, and the information should contain pathology, medication, lifestyle change and life afterwards.</p> <p>Aim: To explore what considerations nurses should take to meet the information needs of myocardial infarction patients.</p> <p>Method: Literature review of scientific research articles.</p> <p>Results: From the perspective of myocardial infarction patients, the result shows that they are not sufficiently informed during hospitalization. The nurse and patient have different views on what is important information, as well as the need for it. There is variation in the patients ability to perceive information.</p> <p>Conclusion: Nurses should consider that the patients are not sufficiently informed, and should identify the patient's needs. The nurse should be aware of the importance of informing about symptoms patients may experience after discharge. Individual information should be used to a greater extent, perhaps in combination with standardized information. Patients' perception of information should also be taken into account, as the ability to acquire information may be reduced. The last consideration nurses should be aware of is that their view of important information does not necessarily match the patients view.</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	4
2.0	BAKGRUNN.....	5
2.1	Hva er hjerteinfarkt?	5
2.2	Hjerterehabiliteringens ulike faser.....	5
2.3	Rett og plikt til informasjon.....	6
2.4	Informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasientene.....	7
2.5	Hvordan skal sykepleier informere?	7
2.6	Hva skal sykepleier informere om?	8
2.6.1	Sykdomslære	8
2.6.2	Legemidler.....	9
2.6.3	Livsstilsendring	10
2.6.4	Livet etterpå.....	11
2.7	Hensikt med oppgaven.....	11
2.8	Problemstilling.....	12
3.0	METODE.....	13
3.1	Litteraturstudie som metode	13
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3	Søkestrategi.....	14
3.4	Søkematrise.....	16
4.0	RESULTAT	19
4.1	Resultatpresentasjon av våre inkluderte artikler	19
4.2	Tematisk sammenfatning av resultatene	25
4.2.1	Tilstrekkelig informasjon	25
4.2.2	Pasientenes evne til å oppfatte informasjon	26
4.2.3	Pasientens og sykepleiers syn på viktig informasjon	27
5.0	DRØFTING	28
5.1	Tilstrekkelig informasjon.....	28
5.2	Pasientenes evne til å oppfatte informasjon.....	31
5.3	Pasientens og sykepleiers syn på viktig informasjon.....	34
5.4	Forskningsetiske og metodiske overveielser	35
5.6	Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.....	37
6.0	KONKLUSJON	38
7.0	LITTERATURLISTE	39

1.0 INNLEDNING

Det var til sammen 13 209 pasienter i 2018, som fikk behandling på sykehus med akutt hjerteinfarkt som hoved- eller bidiagnose. Man ser at det er færre som er registrert med hjerteinfarkt, enn det var i 2012. Denne nedgangen viser at tilfeller av hjerteinfarkt er synkende, til tross for antall eldre i befolkningen (FHI, 2019). I tiden etter et gjennomgått hjerteinfarkt vil denne pasientgruppen, sammenlignet med andre personer i samme aldersgruppe, ha en betydelig større risiko for dødsfall. Denne risikoen vil avta med tiden. Etter et hjerteinfarkt, er prognosen først og fremst avhengig av hvor stor skade som har oppstått i myokard, og om hjertet av andre grunner skulle være svekket (Mæland, 2006).

Hjerterehabilitering kan bestå av en eller flere virkemidler. Eksempler på dette er medisinsk behandling og oppfølging, informasjon og/eller undervisning, fysisk aktivitet samt psykologisk støtte og eventuelt behandling for dette. Informasjon og undervisning burde være et obligatorisk tilbud for alle pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Dette er sykehusets ansvar, da informasjonen bør starte når pasienten fortsatt er innlagt. Pasientene vil være i en sårbar fase av livet og burde tilbys informasjon enten individuelt eller i grupper, og med eller uten pårørende til stede. Er informasjonsbehovet tilstrekkelig innfridd vil dette kunne lette overgangen fra sykehuset og tiden som kommer hjemme (Mæland, 2006).

Sykepleier har ansvar for flere ulike funksjonsområder, slik som forebygging, behandling, lindring samt undervisning og veiledning. Undervisning og veiledning kan ses på som en del av det pedagogiske arbeidet, som er direkte pasientrettet, da man ofte har direkte kontakt med pasienten (Stubberud, 2013). Vi har valgt at vår oppgave skal omhandle pasientkontakten som foregår på sengepost på sykehus. Oppgaven vår er derfor sykepleiefaglig relevant fordi vi tar for oss en av sykepleierens funksjoner og belyser hvilke hensyn sykepleier burde ta når de informerer hjerteinfarktpasientene. Selv om det er færre i dag som gjennomgår hjerteinfarkt, er det likevel en aktuell sykdom i dagens samfunn. Vi ser viktigheten av informasjon fra sykepleier til denne sårbare gruppen, som også er grunnlaget for at vi valgte dette temaet.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Hva er hjerteinfarkt?

Et hjerteinfarkt oppstår etter vedvarende og alvorlig iskemi og er en irreversibel skade i myokard. De fleste hjerteinfarktene skyldes en trombose i en koronararterie som ofte utløses av at aterosklerotisk plakk i arterien plutselig brister. Infarkt vil ramme et større eller mindre område, avhengig av hvor trombosen dannes, og hvor stor del av arterien den tetter. Det tilhørende området av muskulaturen vil ikke få nok tilført oksygen som etter få minutter fører til en irreversibel skade av muskelcellene. Man vil ofte kjenne på sterke smerter i brystet med utstråling til armer eller hals, vanligvis etterfulgt av kvalme og brekninger. Kroppen vil ganske raskt komme i gang med en reparasjon av området, hvor døde muskelceller blir fjernet og erstattet med bindevev. Dette vil gi et bindevevsarr som erstatning. Bindevevet kan ikke bidra til hjertets pumpefunksjon, selv om det har like stor fysisk styrke som muskelvev. Derfor er det naturlig at hjertets yteevne vil bli kraftig redusert. Hjertets pumpekraft vil imidlertid ta seg raskt opp igjen, og vil i de fleste tilfeller bli slik som den var før infarkt oppsto. Ved større infarkt, eller om hjertet er skadet på en annen måte, kan derimot hjertets arbeidskapasitet bli vedvarende redusert (Mæland, 2006).

2.2 Hjerterehabiliteringens ulike faser

Hjerterehabilitering kan forklares som koordinerte intervensjoner med ulike mål. Målene kan blant annet være å redusere angst ved fysisk aktivitet, øke arbeidskapasiteten og deltakelse i yrkeslivet. Målet vil være å oppnå god livskvalitet samt tilpasning i det sosiale livet (Eikeland, Stubberud, Haugland, 2016). Hjerterehabiliteringen kan deles inn i ulike faser. Den første fasen, fase 1, foregår på sykehuset og varer gjerne i 1-3 uker etter et hjerteinfarkt. Den andre fasen varer fra 2-6 uker etter hjerteinfarkt, mens den tredje fasen regnes som ca en måned etter at sykdommen inntraff (Informasjon til deg som har angina og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI, 2014).

I vår oppgave skriver vi om pasientgruppen som er i fase 1 av hjerteinfarkt. Fase 1 begynner med en gang pasienten er lagt inn på sykehuset. I denne fasen gis det relevant informasjon muntlig, skriftlig eller en kombinasjon. Det vil ofte gis informasjon om tilstand og

behandling, risikofaktorer og viktigheten med livsstilsendringer. Medisinering, hvordan en skal reagere om det oppstår symptomer som brystmerter, følelsesmessige utfordringer som angst og depresjon, samt tiden etter utskrivelse i form av blant annet jobb og reise. Det er individuelt hvor lenge pasientene er innlagt på sykehuset, og hvordan tilstanden til hver enkelt er. Er tiden på sykehuset kort vil noe av denne informasjonen ofte bli gitt i fase 2 (Grove, 2011). I hjerterehabiliteringsarbeidet har sykepleier en viktig funksjon, men jobber ikke alene i denne prosessen. Det er flere involvert, og det kreves samarbeid mellom sykepleiere og andre, som for eksempel lege, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog (Eikeland, Stubberud, Haugland, 2016). Det bør være klart hvem som sier hva til pasienten, og gode rutiner på tilbakemeldinger til de andre om pasientens eventuelle spørsmål eller reaksjoner (Mæland, 2006).

2.3 Rett og plikt til informasjon

Som pasient har man et betydelig krav på å motta informasjon (Molven, 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at pasienten skal ha nødvendig informasjon for innsikt i egen helsetilstand. Loven sier videre at pasienten skal informeres om risikoer og bivirkninger som kan oppstå. Informasjonen som gis skal være tilpasset de individuelle forutsetningene til mottakeren, som for eksempel alder, kulturell bakgrunn og erfaring, og den skal gis på en måte som oppfattes som hensynsfull. Formålet med denne loven er å kunne bidra til å sikre lik tilgang på tjenester til befolkningen, som er av god kvalitet. Den skal også bidra til å fremme trygghet og tillit mellom helse- og omsorgstjenesten og pasienter og brukere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Plikten til å gi informasjon tilhører i utgangspunktet helsepersonellet som utøver helsehjelp (Molven, 2011). Det er lovpålagt at den som yter helse- og omsorgstjenester skal informere tilstrekkelig til den som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonell har også krav om å sikre at innholdet og betydningen i gitt informasjon er forstått, så langt det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.4 Informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasientene

Hjerteinfarktpasienters informasjonsbehov vil variere under behandlingsløpet. Noen pasienter søker aktivt informasjon, mens andre skyver det hele fra seg (Høybakk, 2013). Mæland (2006) skriver at det kan være viktig for noen pasienter å få kontroll over sin egen tilstand og få informasjon om dette. Konkret informasjon om dette vil ofte være viktigere enn det teoretisk medisinske. Helsepersonell vet ofte en del om hva pasienten har behov for av informasjon, og man kan forberede denne samtalen på forhånd. Pasientene selv er ofte ikke klar over hva de har behov for informasjon om, og hele situasjonen kan være uoversiktlig. Det kan derfor være lurt at sykepleier undersøker om pasientens behov for informasjon er “skjult” (Eide og Eide, 2017).

2.5 Hvordan skal sykepleier informere?

Det å gi informasjon på en god måte, kan defineres som å formidle kunnskap pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot, samt kan nyttiggjøre den. Pasientinformasjon handler om å formidle kunnskap, og viktige hovedoppgaver her kan være å undersøke hva pasienten trenger av informasjon, å skaffe den riktige informasjonen, og å informere på en god og forståelig måte, gjerne gjennom dialog og samhandling (Eide og Eide, 2017).

Pasientinformasjonen kan skje standardisert, i form av et bestemt innhold i for eksempel brosjyrer, eller et undervisningsopplegg som er likt for alle (Mæland, 2006). Individualisert informasjon kan gjerne kombineres med informasjon gitt i grupper under sykehusoppholdet. Dette kan føre til pasientene får besvart spørsmålene sine i fellesskap, og mange kan stille spørsmål som en selv ikke har tenkt på (Høybakk, 2013). Gruppebasert pasientinformasjon er ofte standardisert og følger en oppsatt plan, men kan i mange tilfeller tilpasses gruppens ønsker. Kommunikasjonen innad i gruppen er ofte verdifull og det er et fortrinn å benytte seg av denne type pasientinformasjon (Mæland, 2006).

Når sykepleier skal formidle informasjon er det et par forhold en bør ta hensyn til; fullstendighet, forutsigbarhet og forståelighet. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig, uten at det blir for mye for pasienten å forholde seg til, samt huske. I flere tilfeller kan pasienten ofte føle at de ikke har blitt informert godt nok, til tross for at sykepleieren selv

mener de er det. Grunnen til dette kan være at sykepleier ikke oppgir den informasjonen de skal gi som viktig, samt at det blir borte for pasienten blant alle inntrykk. *“En grunnregel er at informasjon ikke er kommunisert før den er oppfattet og forstått av den andre”* (Eide og Eide, 2017, s. 219).

Et annet viktig tiltak for å opprettholde fullstendig informasjon kan være å gi informasjonen skriftlig eller digitalt, så pasienten kan se på det med full oppmerksomhet, enten på forhånd eller i ettertid. Informasjonen bør gis av sykepleier på rett tid, og i god tid, og på den måten være så forutsigbar for pasienten som mulig. Siste moment er at informasjonen som blir gitt burde være forståelig. Som sykepleier bør man være bevisst på bruk av fagtermer og medisinsk språk i kommunikasjonen med pasienten, da dette kan gjøre informasjonen som blir gitt vanskelig å forstå (Eide og Eide, 2017).

2.6 Hva skal sykepleier informere om?

Informasjonen som blir gitt av sykepleier bør inneholde den naturlige tilhelingen som skjer i kroppen, og faktorer som kan forsterke dette. Det bør vektlegges faktorer som pasienten selv kan gjøre noe med. Informasjonen som gis under sykehusoppholdet bør derfor fokusere på pasientens egne ressurser. Informasjonen kan også med fordel være forberedende, som vil si å forberede pasienten på tiden etter sykehusutskrivelse, da mange kan møte på vanskeligheter de ikke var forberedt på. Ved å gi informasjon om sykdomsutviklingen gir dette pasienter forståelse og kan motvirke følelsen av hjelpeløshet. Opplysning om hva en kan gjøre for å redusere tilbakefall og videre utvikling av hjertesykdommen kan hjelpe pasienten med å velge en livsstil som nettopp kan bidra med å hindre dette (Mæland, 2006).

2.6.1 Sykdomslære

For de fleste oppstår det ofte mange spørsmål og usikkerhet i forbindelse med en hjertesykdom (Informasjon til deg som har angina og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI, 2014). En nødvendig del av intervensjonen er da undervisning og veiledning i sykdomslære, hvor det er viktig for pasienten å få en større forståelse for egen helsetilstand og hva som egentlig har skjedd (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016).

Klemmende og retrosternale bryst smerter er symptomer pasienten kan oppleve ved et akutt hjerteinfarkt. I tillegg til dette er også pustebesvær, kvalme, kald og klam hud klassiske symptomer. Disse symptomene vil dog oftest ramme menn, mens kvinner kan ha andre symptomer i form av smerter i rygg, nakke og mage (Høybakk, 2013).

2.6.2 Legemidler

Hvis man har hatt et hjerteinfarkt er det veldig vanlig å få utskrevet flere typer legemidler. Det er individuelt hvor lenge man må ta disse, for noen vil det være noen måneder, og for andre vil det være nødvendig å ta disse resten av livet. Dette er noen av de vanligste legemidlene som blir utskrevet til pasienten (Helsebiblioteket, 2020).

Betablokkere

Betablokkere er medisiner som reduserer arbeidsbelastningen til hjertet ved å senke hjertefrekvensen og blodtrykket (NHI, 2018). Dermed reduserer også dette hjertets behov for oksygen fordi hjertet ikke jobber like hardt. Betablokkere reduserer også risikoen for et nytt infarkt. Noen av de vanligste virkestoffene er metoprolol, atenolol og karvedilol. Betablokkere kan gi bivirkninger som svimmelhet og tretthet (Helsebiblioteket, 2020).

ACE-Hemmer

ACE-Hemmere (Angiotensin-konverterende-enzym-hemmer) hemmer omdannelsen av angiotensin-1 til angiotensin-2 som øker blodtrykk blant annet ved å kontrahere blodårer (Al-Karbawi, 2019). På denne måten kan ACE-hemmere redusere risikoen for å få et nytt hjerteinfarkt. ACE-hemmere er spesielt gunstig om man har et hjerte som ikke pumper like godt som det pleide å gjøre. Eksempler på ACE-hemmere er virkestoffene enalapril og captopri (Elling og Midthun, 2014, avsnitt 21).

Blodplatehemmer

Blodplatehemmere gjør blodet mindre klebrig og hindrer at de fester seg til skadede årevegger (Elling og Midthun, 2014, avsnitt 18). Dermed minsker de risikoen for å utvikle blodpropp som videre kan føre til hjerteinfarkt (Helsebiblioteket, 2020). Eksempler på disse virkestoffene er Acetylsalisylsyre, klopidogrel og prasugrel (Elling og Midthun, 2014, avsnitt

18). En vanlig bivirkning av blodplatehemmere er at det tar lenger tid å stoppe blødninger fordi blodet blir mindre klebrig (Helsebiblioteket, 2020).

Statiner

Statiner reduserer risikoen for hjerteinfarkt ved å redusere mengden fettstoffer i blodet. Eksempler på disse er virkestoffer som atorvastatin, pravastatin og simvastatin (Elling og Midthun, 2014, avsnitt 20).

Antikoagulerende

Antikoagulerende legemidler, ofte kalt blodfortynnende, er legemidler som vil redusere koagulasjonsevnen til blodet ved å hemme proteinsystemet som lager blodpropper (Øye, 2019, avsnitt 1-2). Disse medisinene ser ut til å gi en bedre balanse mellom blodets koagulasjonsevne og proppløsende evne (Elling, 2014, avsnitt 4). Pasienter skal generelt ikke bruke warfarin (antikoagulerende) og acetylsalisylsyre samtidig, men et unntak er ved sekundærprofylakse av hjerteinfarkt. I denne situasjonen må man være klar over at det er en større risiko for blødning, og at antikoagulasjonsbehandlingen bør være moderat. Det vil si at INR-verdien bør ligge mellom 2,0-2,5 (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). INR (International normalized ratio) er en verdi som sier noe om hvor raskt blodet koaguleres, og måles ved å ta en blodprøve. Denne verdien ligger vanligvis mellom 0,8-1,2. Denne blodprøven er vanlig å bruke for å overvåke og eventuelt regulere blodfortynnende behandling med warfarin (Siamansour, 2020, avsnitt 1).

2.6.3 Livsstilsendring

Røyking er som nevnt en viktig årsak til utvikling av hjerte og karsykdommer. Ingen medisinske tiltak har like stor innvirkning på leveutsiktene som det å slutte å røyke (Høybakk, 2013). Røyking kan føre til tidligere utvikling av aterosklerose, som videre kan føre til et hjerteinfarkt. I tillegg trekker blodårene seg sammen på grunn av nikotin i blodet, og arteriene vil derfor bli ytterligere forsnevret. Nikotin øker hjerterefrekvensen og blodtrykket, samt kraften som hjertet bruker på å kontrahere. Nikotin og tjære i røyken reduserer kroppens evne til å løse opp små blodpropper, og blodet hos røykere har ofte økt tendens til trombedannelse (NHI, 2018).

Kosthold er også en av risikofaktorene som pasienten selv kan gjøre noe med. Det er derfor viktig at pasienten blir informert om viktigheten av å ha et sunt kosthold. Økt kolesterolnivå i blodet fører til økt risiko for å utvikle hjerteinfarkt. Kolesterol har ulike komponenter, LDL kolesterolet bør ligge på under 3,0 mmol/l. HDL kolesterolet er en beskyttende faktor, og bør derfor være høyere enn 1,0 mmol/l. Ved å legge om kostholdet kan man fint redusere kolesterolnivået og å få en gunstig lipidprofil i blodet. Sunt kosthold for å forebygge hjerteinfarkt kan være å spise mer fisk, frukt og grønt, samt grove kornprodukter (Høybakk, 2013). Regelmessig aktivitet er en viktig faktor i forebyggingsarbeidet, og kan forebygge vektøkning, normalisere blodtrykket og har en gunstig effekt på lipidprofilen og kolesterolnivået i blodet. I tillegg til dette kan mosjon føre til lavere trombosetendens og motvirke stress og depresjon. Mange pasienter føler en utrygghet ved å trene i frykt for å utvikle et nytt hjerteinfarkt, og satte derfor pris på at de kunne trene i trygge omgivelser, for eksempel på et hjerterehabiliteringsenter (Høybakk, 2013). Anbefalingene ligger på 30 min per dag, 5 dager i uken (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016).

2.6.4 Livet etterpå

Når pasienten er innlagt på sykehuset vil mange av de psykologiske oppgavene bestå av å mestre eventuelle smerter og ubehag, samt frykt og usikkerhet. I tillegg vil man bruke mye tid på å tilpasse seg rollen som pasient og sykehuset generelt, samt oppnå et positivt forhold til sykepleiere og annet helsepersonell (Mæland, 2006). I tiden etter et hjerteinfarkt er det også vanlig å ha psykiske og følelsesmessige reaksjoner. Noen av følelsene kan være angst, irritasjon eller nedstemthet, men det er svært individuelt. Det anbefales derfor å være åpen om følelsene sine, og gjerne snakke med sine nærmeste, da dette kan gjøre godt (Informasjon til deg som har angina og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI, 2014).

2.7 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse ulike hensyn man som sykepleier burde ta, for å ivareta informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienten. Som skrevet er enhver pasient forskjellig, og deres behov for informasjon og oppfattelse av den vil naturligvis også være det. Likevel handler det om at sykepleier bør være opplyst og ha tilstrekkelig kompetanse.

Oppgaven vår er i stor grad vinklet mot pasienters opplevelser, oppfatninger og tilbakemeldinger fra deres tid på sykehus. Som pasient vil man være i en sårbar situasjon, og det er derfor viktig at man blir tilstrekkelig informert om egen helsetilstand.

Vi har begge erfaring fra å jobbe på en hjerteavdeling, og har selv observert hvor viktig det er å ivareta informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter.

2.8 Problemstilling

Basert på dette blir vår problemstilling følgende;

“Hvilke hensyn bør sykepleier ta for å ivareta hjerteinfarktpasientens behov for informasjon?”

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er litteraturstudie valgt som metode. I en litteraturstudie bruker man skriftlige kilder, slik som artikler, til å systematisere allerede kjent kunnskap. Dette innebærer å samle inn litteratur fra flere kilder, gjennomgå den med et kritisk synspunkt, for så å flette alt sammen til en meningsfull tekst. Hensikten med dette er å kunne presentere oppgaven slik at leseren sitter igjen med innsikt og forståelse av teksten, kunnskap om det området problemstillingen etterspør, samt begrunnelse for hvordan man har kommet frem til dette (Thidemann, 2015).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrensner man mengde litteratur og konkretiserer søket (Thidemann, 2015). Et skjema over kriterier som er brukt i litteratursøket i denne oppgaven ligger nedenfor.

Inklusjon	Eksklusjon
Fagfellevurdert forskning	Pasienter med kognitiv svikt
Hjerteinfarktpasienter	Studier relevant for hjemmetjenesten
Artikkel må følge IMRaD-struktur	Studier uten sykepleiefaglig relevans
Somatisk sykehus	Litteraturstudier

Vektlegger informasjonsutveksling med pasient	
Omhandler informasjonsbehovet til pasientene	
Kvalitative og Kvantitative studier	
Artikler som er skrevet på/oversatt til engelsk	

Inklusjonskriteriene tilsier først og fremst at artiklene skal være fagfellevurderte, og følge en IMRaD-struktur. Å være fagfellevurdert, gir tidsskriften eller artikkelen det gjelder et kvalitetsstempel. Det er dermed en kvalitetssikring av publikasjoner og vil si at det er vurdert av to eller flere anonyme eksperter innenfor fagfeltet. At en artikkel har en IMRaD-struktur betyr at artikkelen inneholder en introduksjons- metode- resultat og diskusjonsdel. Videre har det blitt inkludert artikler som gjelder somatiske sykehus, og som vektlegger informasjonsutveksling med pasient. Det er ekskludert artikler som baserer seg på pasienter med kognitiv svikt, da artikler basert på pasienter med nedsatte kognitive evner vil fokusere på andre områder enn tenkt. Videre har vi ekskludert artikler som ikke er sykepleiefaglig relevante, samt studier som omhandler hjemmetjenesten, da fokuset ligger på sengepost på sykehus.

3.3 Søkestrategi

I vår oppgave har vi brukt databaser som var tilgjengelig på NTNU Gjøviks bibliotek, i perioden 29. mars til 16. april. Vi har gjennomført strukturerte søk i Pubmed og Medline. Dette er databaser som består av forskningsartikler innenfor medisin og helse, og er derfor svært relevant for vår oppgave. Pubmed er den databasen som blir mest brukt av helsepersonell (Thidemann, 2015). Andre bacheloroppgaver har også vært relevant i vår søkeprosess.

Søkeordene vi brukte i våre strukturerte søk var: discharge, patient, information, needs, acute, myocardial infarction, hospital, nursing, experience, infarction, learning, nurse, patients, secondary prevention og personal. Vi brukte ordene i ulike kombinasjoner, og brukte “and” i søkedatabasene for å avgrense søket ytterligere. I noen av artiklene brukte vi også ulike filter som for eksempel “Full text” og avgrenset videre med å kun få opp artikler som var maks ti år gamle.

For å komme frem til valgte artiklene brukte vi rammeverket PICO-skjema. PICO-skjema kan brukes til å gjøre problemstillingen mer søkbar og presis (Thidemann, 2015). Vi brukte dette skjemaet for å velge ut de artiklene som samsvarte mest, i tillegg til at problemstillingen vår ble tydeliggjort.

Tabell fra Thidemann, 2015, s. 86.

Patient/Problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Comparison Alternativer	Outcomes Resultater
Hvilke type pasienter?	Hvilke tiltak?	Hvilke alternativer finnes til tiltaket?	Hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall?
Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, som er innlagt på sengepost.	Informasjonen pasientene får fra sykepleier mens de er innlagt på sykehuset.	Standardisert informasjon. (brosjyrer, hefter) Individuelt tilpasset informasjon fra sykepleier. Informasjon som tar hensyn til pasientenes mottagelighet.	Pasientene føler seg tilstrekkelig informert. Informasjonen og undervisning som blir gitt er relevant og blir forstått.

3.4 Søkematrise

Under presenteres søkeprosessen som resulterte i våre funn. Artiklene er presentert i matriser.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Filter	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Valgt artikkel
Medline	Myocardial infarction, Information, Secondary prevention, Nursing.	1 AND 2 AND 3 AND 4		1	1	1	Artikkel 1: “Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses”
	Information, Nursing, Myocardial infarction, Personal.	1 AND 2 AND 3 AND 4	Past 5 years	3	2	2	Artikkel 2: “Right or duty of information: A Habermasian perspective”

Pubmed	Discharge, Patient, Information, Needs, Acute, Myocardial infarction.	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6		61	14	3	Artikkel 3: “A Qualitative Study of the Information Needs of Acute Myocardial Infarction Patients, and Their Preferences for Follow-up Contact After Discharge”
	Hospital, Nursing, Patient, Experience, Infarction, Information.	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	Full free text, 10 years	12	4	2	Artikkel 4: “The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention”
	Learning, Myocardial infarction, Nurse.	1 AND 2 AND 3	Full free text, 10 years	12	7	3	Artikkel 5: “Myocardial infarction patients' learning needs:

							Perceptions of patients, family members and nurses”
	Information, Needs Myocardial infarction, Hospital, Patients, Discharge.	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	“From 2006-2020”	49	11	3	Artikkel 6: “Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study”

For å besvare vår problemstilling har vi inkludert studier som har brukt kvalitativ eller kvantitativ metode. Kvalitativ metode kan beskrives som en forskningsmetode som bruker innsamling av kvalitative data, ofte i form av tekst. Metoder som blir brukt er ofte observasjon, intervjuer eller fokusgrupper. Hensikten med kvalitativ metode er ofte en helhetlig forståelse av kontekster, og gjerne gå i dybden (SNL, 2020). I motsetning til kvalitativ metode, får kvantitativ metode resultat i form av tall og mengdetermer. Metodene som ofte blir brukt her er strukturerte observasjoner eller spørreundersøkelser (SNL, 2020).

4.0 RESULTAT

4.1 Resultatpresentasjon av våre inkluderte artikler

Artikkel 1	Mosleh, S. M., Eshah, N. F., og Almalik, M. M. A. (2016) Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26 (3-4), s. 418–426. doi: 10.1111/jocn.13417
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere forskjellene mellom oppfattelsen av undervisningsbehov mellom sykepleiere, og hjertepasienter som har gjennomgått store koronare inngrep.
Metode	Forskningsmetode: Kvalitativ metode. Forskningsdesign: Individuelle intervjuer og spørreskjemaer. Deltakere: 365 hjertepasienter som har gjennomgått angioplastikk eller bypass kirurgi og som var utskrivningsklare mellom 24 og 48 timer, i tillegg til 166 kardiologi sykepleiere.
Resultat	For begge parter var informasjon om medikamenter viktigst. Det lavest prioriterte behovet for pasientene var informasjon om fysisk aktivitet, og for sykepleiere var fysisk aktivitet et av de viktigste temaene. Pasientene derimot mente at de trengte mest informasjon angående medikamenter, komplikasjoner og bekymringer.
Relevans for oppgaven	Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling da den tar for seg et studie hvor de utforsker forskjeller og likheter i hvilken informasjon som blir sett på som nyttig, både for pasienter, og for sykepleierne som gir informasjonen. Denne forteller oss hva som er viktig for de forskjellige parter å informere om, samt å bli informert om.

Artikkel 2	Nunes, S. R. T., Rego, G., og Nunes, R. (2016) Right or duty to information: A habermasian perspective, <i>Sage Journals</i> , 23 (1), s. 36-47. doi: 10.1177/0969733014557116
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske sammenhengen mellom informasjonsbehovet til pasienten sammenlignet med Jürgen Habermas teori. I forhold til dette ville de og undersøke om pasientens rett til informasjon og sykepleiers informasjonsplikt alltid samsvarer med pasientens behov for informasjon.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvantitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: Datasamling.</p> <p>Deltakere: 106 pasienter mellom 35-64 år, som har hatt et hjerteinfarkt og to som har to eller flere risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer.</p>
Resultat	<p>Sykepleiere rapporterte i gjennomsnitt at de hadde 3,59 informerende samtaler per pasient. Derimot rapporterte 8,5 % av pasientene at de ikke fikk noe informasjon gjennom samtale i det hele tatt. Det kom også frem at den vanligste informasjonen som ble gitt på sykehus handlet om håndtering av tegn og symptomer, som 90,6 % av pasientene rapporterte at de ble informert om. 27,4 % av pasientene ble informert om livsstilsendringer i form av kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt. 4,7 % av pasientene fikk informasjon om energisparing og teknikker for selv-ivaretagelse og 3,8 % av pasientene fikk undervisning i blodsukker-måling, og informasjon om dette. 1,9 % av pasientene fikk informasjon om aktuelle og relevante medikamenter og bare 0,9 % ble tilbudt informasjon om egenmestring.</p>

Relevans for oppgaven	Denne artikkelen setter data opp mot Jürgen Hamerbas teori om “den ideelle samtalesituasjonen”. Dette er en teori som omhandler sosiologi og filosofi som ikke er sykepleiefaglig relevant. Artikkelen er likevel relevant for oppgaven, da den i lys av hensikten med artikkelen gir totale tall og fakta angående gitt og oppfattet informasjon hos pasienter og sykepleiere på sykehus. Disse tallene vil bli sammenlignet med annet fagstoff og kvalitativ forskning videre i oppgaven.
------------------------------	---

Artikkel 3	Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E. and Hanestad, B. R. (2005) A Qualitative Study of the Information Needs of Acute Myocardial Infarction Patients, and Their Preferences for Follow-up Contact After Discharge, <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 4(1), s. 37–44. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter som var innlagt på sykehus. Videre ville de finne ut preferansene til disse pasientene når det kom til oppfølging etter utskrivelse.
Metode	Forskningsmetode: Kvalitativ metode. Forskningsdesign: Semistrukturerte gruppeintervjuer. Deltakere: 14 pasienter som har gjennomgått akutt hjerteinfarkt, i alderen 42-79 år.
Resultat	Alle pasientene fikk hefter og brosjyrer på sengeposten, og fikk se en lærerik video sammen med helsepersonell. Informasjonen omhandlet hjertets anatomi, medikamenter, risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt, samt tips til livsstilsendring, derav kostholdsråd og trening. Pasientene fant denne informasjonen som viktig, men for generell og mange hadde vanskeligheter med å finne ut hva som var nyttig og relevant for dem. Studien viste også at en del pasienter fant det vanskelig å spørre om informasjon, samt motta det på grunn av at det skjedde så mye under sykehusoppholdet. Dette kunne være på

	<p>grunn av smerter og ubehag, eller emosjonelle hindringer som fornektelse eller angst. Resultatene i studien tilsier at pasientenes informasjonsbehov ikke er tilstrekkelig til tross for at alle fikk utdelt standardiserte informasjonshefter og brosjyrer. Mange følte de manglet informasjon når de ble utskrevet av sykehuset.</p>
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Denne artikkelen omhandler informasjonsbehovet til hjerteinfarkt pasienter, og deres opplevelse av dette, knyttet til sykehusoppholdet. I tillegg tar den for seg informasjonen som blir gitt på ulike måter, og på forskjellige tider. Denne tar opp ulike oppfatninger av pasientene, som er svært relevant for å svare på vår problemstilling. I tillegg viste denne artikkelen to sider ved bruk av standardisert informasjon som vil være verdifullt i diskusjonen vår.</p>

<p>Artikkel 4</p>	<p>Iles-Smith <i>et al.</i> (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. <i>Journal of clinical nursing</i>, 26(21-22), 3511–3518. doi: 10.1111/jocn.13715</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske opplevelsene til hjerteinfarktpasienter som ble innlagt på nytt, på grunn av iskemiske hjertesymptomer. Symptomene kunne være relatert til iskemi, psykisk helse eller komorbiditet.</p>
<p>Metode</p>	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode. Forskningsdesign: Semistrukturerte dybdeintervjuer. Deltakere: 25 pasienter som var re-innlagt (innen 6 måneder) etter et hjerteinfarkt, på grunn av iskemiske hjertesymptomer.</p>

Resultat	<p>Studien viste tre hovedfunn. Pasientene følte på angst og usikkerhet, og manglende kunnskap om årsaken til symptomene de opplevde. Deltakerne rapporterte videre at de fikk for lite informasjon og undervisning om symptomene og årsakene. Neste funn var at pasientene var redd for å oppleve et ytterligere hjerteinfarkt, og i verste fall dø. Pasientene følte også at de hadde utilstrekkelig kontroll på hva som skjedde. Dette på grunn av rask behandling og at det var mye som skjedde på en gang, i tillegg til at de mottok informasjonen fra ulike helsepersonell.</p> <p>Felles for pasientene var at følelsen av angst og utrygghet økte på grunn av symptomene, og at de rapporterte at de ikke ble informert tilstrekkelig av helsepersonellet.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Artikkelen tar for seg pasientenes egne opplevelser, og det ble funnet tre interessante funn som er relevant for å besvare vår problemstilling. Disse tok i hovedsak for seg pasientenes følelse av angst, og at sykehusoppholdet opplevdes som overveldende. Som konsekvens av dette ble ikke informasjonsbehovet til pasientene møtt av helsepersonellet, og er noe vi vil diskutere videre i drøftedelen vår.</p>

Artikkel 5	<p>Huriani, E. (2019) Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses, <i>International journal of nursing sciences</i>, 6 (3), s. 294-299. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001</p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere og sammenligne oppfatninger av lærings- og informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, i den akutte, subakutte og postakutte fasen. Hensikten var å undersøke oppfatningene til pasienten selv, samt familiemedlemmer og sykepleiere.</p>

Metode	<p>Forskningsmetode: Kvantitativ metode</p> <p>Forskningsdesign: Komparativt design, spørreskjema. (datasamling)</p> <p>Deltakere: 288 pasienter med hjerteinfarkt, 145 familiemedlemmer og 40 sykepleiere på ulike hjerteavdelinger på sykehuset.</p>
Resultat	<p>Resultatet i denne studien viste at synet på læring og informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter var forskjellig, ut i fra pasientenes, deres familiemedlemmers og sykepleiernes perspektiv. Hjerteinfarktpasientene rapporterte at de hadde behov for informasjon som omhandlet hjertets anatomi og fysiologi, symptoms håndtering, psykologiske faktorer, livsstilsfaktorer i form av kosthold og fysisk aktivitet, samt medisiner. I tillegg kom det frem at informasjonsbehovet forandret seg etter hvilken fase pasienten var i.</p> <p>Resultatet tilsier at den subakutte fasen så ut til å være den mest gunstige tiden at sykepleierne informerte og underviste pasientene, da pasientene selv ofte var mer bevisst på informasjonsbehovet sitt.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne artikkelen er svært relevant for vår problemstilling da den omhandler informasjonsbehovet til pasientene selv, men også ut ifra hva sykepleiere og pårørende tenkte at pasientene hadde behov for. Dette gir oss ulike perspektiver som er verdifullt i vår diskusjon.</p>

Artikkel 6	<p>Smith, J. and Liles, C. (2007), Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 16 (4) 662-671.</p> <p>doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å utforske informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter før de ble utskrevet fra sykehuset.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvantitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: Spørreskjema, kalt Patient Learning Need Scale, som ble sendt ut 72 timer etter utskrivelse.</p> <p>Deltakere: 20 hjerteinfarktpasienter.</p>

Resultat	Undersøkelsen som pasientene svarte på besto av 40 informasjonselementer, delt inn i fem underkategorier. Disse fem besto av informasjonsbehov som omhandlet medikamenter, komplikasjoner og symptomer, behandling og aktivitet, sykdomsrelaterte bekymringer og støtte i samfunnet. Studien viste at pasientene fant det viktig å vite om alle disse elementene før utskrivelse. Behovet for informasjon om medisiner, komplikasjoner og fysisk aktivitet ble likevel vurdert som det viktigste. Informasjon om bilkjøring, støtteapparat, og det å skulle tilbake til arbeidslivet skapte mest bekymring blant pasientene. Eldre pasienter ønsket mer informasjon enn de yngre, spesielt når det gjaldt informasjon om støtte ute i samfunnet.
Relevans for oppgaven	Dette er en kvantitativ studie, som har funnet konkrete svar ved hjelp av spørreskjema. Dette er konkrete tall og funn vi kan ta med for å besvare vår problemstilling, som handler om hva pasientene selv fant viktigheten i å bli informert om.

4.2 Tematisk sammenfatning av resultatene

4.2.1 Tilstrekkelig informasjon

Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) skriver at de fleste av pasientene var fornøyd med informasjonen de fikk og at syntes den var relevant, men samtidig følte at den på et punkt kunne være for generell, og at den fokuserte for mye på den akutte tilstanden istedenfor hva som skjer etterpå. Alle pasientene fikk utdelt flere brosjyrer om hjertesykdommer, og de hadde også tilgang til gruppetimer med sykepleiere og fysioterapeuter, og en lærerik video. Alle betraktet denne informasjonen som viktig, men syntes det var vanskelig å finne ut hva som var relevant for dem selv. «*The information was all right, although it was of a general nature. I guess it has to be like this since it is supposed to suit all [patients]*» (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad, 2005, s.39).

Artikkelen «Right or duty to information: A habermasian perspective» (2014) kom frem til at pasientenes informasjonsbehov ikke var fullstendig dekket, da antall informerende samtaler var svært lavt. 8,5% av pasientene oppførte at de ikke hadde fått noen informasjon i det hele tatt. 90,6% av informasjon som ble gitt var relatert til håndtering av tegn og symptomer, og 27,4% omhandlet livsstilsendringer. Informering om medikamenthåndtering, opplæring i blodsuktermåling, mestringsstrategier og selvpleie, ble alle oppført av pasienter som mindre hyppig utført (Nunes, Rego og Nunes, 2016). Studien til Iles-Smith *et al.* (2017) viste derimot mangel på informasjon om symptomer. Pasientene som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere, og som ble reinlagt på sykehuset med symptomer, var usikre på årsaken. Det skapte en følelse av angst, da de fant det vanskelig å skille mellom symptomene de opplevde før de ble reinlagt, og etter første utskrivelse fra sykehuset.

I forhold til PPCI-behandlingen ble de fleste pasientene imponert over effektiviteten og hastigheten over dette. Imidlertid førte rask behandling, tidlig utskrivelse og informasjon fra ulike kilder til forvirring blant pasientene.

Deltaker 1 sa følgende:

'I said to him (General Practitioner)now I've had this heart attack how's it affected me heart?so he said of well you've got diseased heart now,... anyway well I never said anything.....when I came out I said to my husband....the hospital said I was alright they never mentioned a diseased heart' (Iles-Smith *et al.*, 2017, s. 3515).

4.2.2 Pasientenes evne til å oppfatte informasjon

Studien til Huriani (2019) tydeliggjorde at det var forskjell på pasientenes informasjonsbehov i henhold til behandlingsløpet de var i. Etter den akutte fasen kom pasientene i den subakutte fasen, og det viste seg at det var i denne fasen pasientenes tilstand forbedret seg. For noen hadde smertene begynt å avta eller den hemodynamiske statusen hadde stabilisert seg. Dette førte videre til at pasientenes kognitive evner ikke lenger var like påvirket av stress, og det ble lettere å oppfatte informasjonen som ble gitt. Det samme resultatet kom frem i studien til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) også, da det var det flere av pasientene som ble forvirret av at det skjedde så mye på en gang på sykehuset. Dette førte til at de ikke fikk spurt de riktige spørsmålene, selv om de hadde blitt oppfordret til å spørre spørsmål. Det var også flere som var redd for å spørre om «feil ting», eller at andre skulle synes de hadde dumme spørsmål. I tillegg var det flere som ikke visste hva de skulle spørre om, fordi de ikke hadde

nok kunnskap om egen helsetilstand. Det var også mange som følte seg overveldet over mengden informasjon som ble gitt, som førte til at de ikke klarte å oppfatte alt på en gang.

4.2.3 Pasientens og sykepleiers syn på viktig informasjon

Huriani (2019) skriver at hjerteinfarktpasientene hadde et høyt informasjonsbehov i henhold til pasientene selv, familiene deres og sykepleierne. Informasjon om medisiner scoret høyt hos alle gruppene, i tillegg til informasjon om hva man skal gjøre om en opplever en eventuell reaksjon på et medikament, hvorfor man skal ta det, og når det eventuelt skal seponeres (Smith og Liles, 2007; Mosleh, Eshah og Almalik, 2016). Ifølge pasientene var det nødvendig med informasjon om anatomi og fysiologi av hjertet, psykiske faktorer, livsstil og medikamenter. Informasjon om medikamenter viste seg å være første prioritet og det viktigste å bli informert om, spesielt før utskrivelse. Det fremgikk videre at informasjon om fysisk aktivitet var det pasientene fant minst interessant og lite viktig (Huriani, 2019). Studien til Smith og Liles (2007) kom frem til at informasjon om komplikasjoner og symptomer også ble sett på som viktig, hvordan man kjenner igjen eventuelle komplikasjoner og symptomer, samt hvordan man kan forebygge det. Støtte og omsorg ute i samfunnet ble derimot vurdert som lite viktig å bli informert om. I tillegg viste artikkelen til Mosleh, Eshah og Almalik (2016) at informasjonsbehovet knyttet til perioden etter innleggelse på sykehus og øyeblikkelig pleie var høyest prioritert for pasientene.

Sykepleierne hadde en oppfattelse av at informasjonsbehovet til pasientene på hjerteavdelingen var høyt. Både sykepleierne og pasientene fant medisiner som viktig informasjon (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016; Huriani, 2019). Sykepleiere rangerte også kontrollering av risikofaktorer som et av de viktigste temaene, dette inkluderer hypertensjon, overvekt og røyking. I tillegg ble fysisk aktivitet og kostholdsendringer sett på som viktig å informere pasientene om (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016).

5.0 DRØFTING

5.1 Tilstrekkelig informasjon

Pasientene føler ikke de blir tilstrekkelig informert under sykehusoppholdet. Det viste seg at antall informerende samtaler med sykepleier var svært lavt. De fant tall på dette da de brukte epikrisene til pasientene, og så på intervensjonen pasientene hadde til sykepleierne, med fokus på informasjon (Huriani, 2019).

Annen forskning som støtter dette er Kristoffersen og Nortvedt (2016). De skriver at pasienten i stor grad ønsker å bli informert om sin helsesituasjon. Det viser at jo mer informasjon og undervisning som blir tilbudt pasienten, desto mer tilfreds er pasienten. Derfor viser det seg naturlig nok at dersom pasientene føler at de ikke har blitt informert tilstrekkelig, gir de uttrykk for at de er mindre fornøyde med pleien og behandlingen fra sykepleierne. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er viktig under sykehusinnleggelsen, men det hender at kommunikasjonen ikke alltid finner sted. Når den gjør det, er det ofte fokus på informasjon om det biomedisinske, og det tas ikke hensyn til pasientens psykologiske og sosiologiske forhold (Nunes, Rego og Nunes, 2016). Dette bekrefter studien til Larson *et al.* (1996), og mer informasjon om de psykologiske og sosiologiske faktorene vil kunne redusere følelsen av stress og samtidig øke livskvaliteten til pasientene. På generell basis ser man at et stort flertall av hjerteinfarktpasienter føler de får for lite informasjon mens de er innlagt på sykehuset (Mæland, 2006).

Et nyttig hjelpemiddel kan være å gi pasienten en oversikt over vanlige spørsmål andre pasienter i samme situasjon ofte har. Et annet virkemiddel kan være å få pasienten til å skrive ned digitalt hvordan hen har det, eventuelle symptomer og andre bekymringer. Dette fører til at sykepleier har verdifulle opplysninger fra pasienten før en informasjonssamtale. I tillegg kan man også spørre pasienten ut om hva hen trenger å vite, og har behov for informasjon om. Alle disse hjelpemidlene kan være til god hjelp for å kartlegge pasientenes informasjonsbehov. Å anvende en fortellende tilnærming kan være hensiktsmessig, og gjennom pasientens egen fortelling kan mye komme frem. Dette kan gi sykepleier en oversikt over hva pasienten har behov for informasjon om (Eide og Eide, 2017).

Pasientene i artikkelen til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) mente derimot at de på generell basis var informert nok, og følte seg trygge og tatt godt vare på under oppholdet, med helsepersonell som var kompetente. Mæland (2006) skriver at alle pasienter er forskjellige når det kommer til informasjonsbehov, og noen er mer pågående enn andre. Mange føler de ikke vil plage legene med mange spørsmål i en travel avdeling, og spør derfor etter opplysninger fra andre, ofte medpasienter. I forhold til det biomedisinske viste studien til Smith og Liles (2006) på sin side at pasientene satte mest pris på det biomedisinske og praktiske aspektet av informasjonen. Det ser derfor ut til at disse pasientene foretrakk denne type informasjon som omhandlet deres tilstand, årsak og forebygging.

I artikkelen til Iles-Smith *et al.* (2017) fikk pasientene ingen, eller begrenset informasjon om årsaken til symptomene de opplevde. Dette skapte en følelse av angst og redsel for et nytt hjerteinfarkt. De hadde lite kunnskap og forståelse for symptomene, og de synes det var vanskelig å tolke dem. Grunnen til dette var at under sykehusinnleggelsen skjedde det mye på en gang, og på kort tid. I tillegg mottok de informasjon fra flere ulike helsepersonell og ble tidlig utskrevet. Pasientene som ble brukt i denne studien ble bevisst og nøye utvalgt fordi de opplevde symptomer som gjorde at de ble re-innlagt. Det ble gjort intervjuer av pasientene, dette for å skape dybde i studien.

Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) understreker viktigheten i å informere om de ulike symptomene en pasient kan oppleve. Dette resulterer i at de oppsøker lege dersom de skulle få nye symptomer, i tillegg til at de blir klar over at symptomene kan være forskjellige ut ifra om du er mann eller kvinne. Annen forskning bekrefter at pasientene følte at de ikke ble tilstrekkelig informert om symptomer på et nytt hjerteinfarkt, og sjansene for å få dette igjen (Larson *et al.*, 1996). Hestvold (2018) skriver at det ikke skal unngås å informere pasienten om sykdom, symptomer og symptomhåndtering.

En innvendig her er Artikkelen til Nunes, Rego og Nunes (2016), som viste at over 90 % av informasjonen de fikk av sykepleierne var relatert til nettopp symptomer, tegn og håndtering, og mindre av andre faktorer som egenomsorg og mestringsstrategier. Det kan tenkes at informasjonen som blir gitt av sykepleier har i altfor stor grad fokus på tegn og håndtering av symptomer. Ut ifra dette kan det derfor se ut til at helsetjenesten ofte har fokus på å informere om det som skjer der og da, og ikke et langsiktig fokus. Det vil vanligvis gis informasjon til pasienten om tilstand og behandling, risikofaktorer og viktigheten med livsstilsendringer.

Medisinering, hvordan en skal reagere om det oppstår symptomer som brystmerter, følelsesmessige utfordringer som angst og depresjon (Grove, 2011).

I artikkelen til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) syntes pasientene at den standardiserte informasjon ble for generell. De fant det viktig, men slet med å finne ut hva som var relevant for dem. De fikk utdelt flere brosjyrer og hefter, og hadde tilgang på informasjonsmøter i grupper. Pasientene ble intervjuet, for å på best mulig måte komme i dybden av deres syn på informasjonsbehov.

Ut i fra forskning som underbygger dette ser det ut til at individualisert informasjon er den mest gunstige måten å gi informasjon på. Dette på grunn av at informasjonen kan tilpasses hver enkelt, og det åpnes en toveiskommunikasjon. Denne kommunikasjonen kan derfor oppleves som støttende og beroligende for pasienten. Det anbefales at sykepleier snakker med pasienten og individualiserer informasjonen som gis. Da blir det tatt hensyn til pasientens preferanser og informasjonen blir dermed mer relevant (Mæland, 2006; Nunes, Rego og Nunes, 2016). Det kan være nyttig å gi pasienten individuell informasjon, før en eventuell gruppe med andre pasienter med tilsvarende samme problemer (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016). Informasjon som blir gitt i et standardisert format og ikke tilpasset pasientenes individuelle behov kan være vanskelig for pasientene å tilegne seg. Dette fører da til at kunnskapen ikke blir brukt og assimilert. Når pasientene ga uttrykk for at de var veldig fornøyd med informasjonen de mottok før de skulle skrives ut, innebar dette at helsepersonellet satt seg ned med pasienten og ga individualisert informasjon og svarte på alle spørsmål pasienten hadde forberedt på forhånd (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad, 2005). Sykepleiere må identifisere informasjonsbehovet til pasientene før de gir dem kunnskap. De kan planlegge å gi et standardisert opplegg, men det vil være viktig å vite hvilken type informasjon pasientene faktisk finner viktig (Huriani, 2019). Også når det gjelder hjerterehabilitering burde alle pasientene tilbys dette før utskrivelse, i tillegg til en videre plan som er individualisert og tar hensyn til pasientens ønsker og preferanser (Rushton, 2011).

Pasientinformasjonen til pasienten kan foregå standardisert, individualisert, eller i kombinasjon. Fordelene med et standardisert opplegg, i form av brosjyrer, er at man sparer tid, og det blir mindre slitasje på helsepersonellet. Audiovisuelle program kan på sin side lages med mye omtanke, med bruk av både bilder og lyd for å gjøre det lettere for pasientene å tilegne seg informasjonen (Mæland, 2006). Standardiserte brosjyrer vil også kunne gjøre det

enklere for pasienter som sliter med nedsatt konsentrasjonsevne å få med seg informasjonen. Denne informasjonen kan tas frem ved en senere anledning når det er enklere å få med seg informasjonen, hjemme, alene eller sammen med pårørende. Denne skriftlige informasjonen kan gi kunnskap som videre kan føre til en følelse av god oversikt og kontroll over situasjonen pasienten har vært og er i (Stubberud, 2013). Man kan også stille seg spørsmål over hvor realistisk det er å identifisere og dekke alle de innlagte pasientenes informasjonsbehov. Ofte er ikke pasienten klar over sitt eget behov, og det kan være komplekst. Standardisert informasjon kan derfor gjøre informasjonsbehovet tydeligere for pasienten selv (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad, 2005).

5.2 Pasientenes evne til å oppfatte informasjon

Huriani (2019) skriver at pasientene hadde lettere for å oppfatte informasjon som ble gitt i den subakutte fasen på sykehuset. Dette er fordi pasientens tilstand da er forbedret, sammenlignet med den akutte fasen. For noen hadde smertene begynt å gi seg, og pasienten var mer stabil, som videre fører til at ens kognitive evner er i mindre grad påvirket av stress. Studien belyste dette ut ifra at det var en betraktelig forskjell på informasjonsbehovet til pasientene i forhold til hvor de befant seg i behandlingsløpet. Litteratur som støtter dette, viser at for mange kan stress føre til at reaksjonstiden øker og ens evne til å tenke nytt vil reduseres, og alt dette kan føre til at pasienten i mindre grad vil søke og motta informasjon (Stubberud, 2013).

På en annen side, allerede mens pasienten er på sykehuset, burde pasienten få tilbud om systematisk informasjon og individuell rådgivning, som bør gis i første fase av informasjonsopplegget. Sykehusoppholdet er veldig kort for de fleste etter et hjerteinfarkt, slik at det blir vanskelig å gi pasienten noen form for omfattende informasjon. Pasientens evne til å ta inn, og beholde informasjon i denne fasen er tilsynelatende begrenset, men pasientene er fremdeles i stand til å lære (Mæland, 2006). Derfor må man som helsepersonell uansett beregne seg på å måtte gjenta informasjon flere ganger, og det blir fremdeles anbefalt å informere pasienten tidlig i sykdomsforløpet (Eikeland, Stubberud, Haugland, 2016).

Likevel, jo tidligere informasjon gis i en krisesituasjon, jo vanskeligere er det for pasienten å oppfatte den, og desto mindre vil pasienten få med seg (Eikeland, Stubberud, Haugland, 2016). Noen pasienter vil prøve å unngå tankene om egen sykdom og virker uinteresserte i å

lære om den. Dette er ofte en forsvarsstrategi som gis uttrykk i form av benektelse. Disse pasientene bør ikke påtvinges mer informasjon enn hva de selv ønsker å få. For noen pasienter vil dette handle om når informasjon bør gis, og for mange vil det være lettere å forholde seg til informasjon på et senere tidspunkt, og da være åpen for mer informasjon (Mæland, 2006). Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) bekrefter dette i deres studie og viser til at det kan være vanskelig for pasienten å få med seg noen form for informasjon i den akutte fasen av et hjerteinfarkt, når pasienter bruker benektelse som forsvarsstrategi. I rehabiliteringsfasen har pasienten behov for informasjon om fysiske og psykiske problemer man kan oppleve. For pasienten kan det være frustrerende å ikke forstå hvorfor man føler seg psykisk ustabil, da de ofte husker lite av hva som har skjedd (Stubberud, 2013). Det er viktig å forstå at oppfatning av informasjon kan bli påvirket av pasienters sterke følelsesmessige reaksjoner, og at informasjon kan påvirke vurderingsprosesser (Moesmand og Kjøllesdal, 2004)

Pasienten kan reagere både kognitivt og følelsesmessig på stress, og angst er veldig vanlig for pasienten å oppleve. Pasienten kan virke frustrert og urolig, og vil i tilfeller være irritabel og veldig emosjonell (Stubberud, 2013). Psykisk stress kan påvirke hvordan informasjon oppfattes, og den vil ofte ikke bli helt forstått fordi pasienten kan være i en tilstand som blokkerer tankeprosessen totalt. Sterk angst kan gi en så sterk følelsesmessig blokkering, at pasienten kan virke desorientert. Tankene kan ha en tendens til å henge seg opp i det negative, og informasjon som gis kan fort bli glemt. Helsepersonell må ha kunnskaper om psykisk stress og informasjonen må gis ut i fra dette. Pasienten vil ha en større evne til å oppfatte informasjon som minsker stress, og det kan være lettere for pasienten om man først informerer om det de allerede vet om, og deretter gradvis informerer om det mer ukjente, som kan skape angst og frykt (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

Mange av pasientene følte at de fikk for mye informasjon på en gang. Dette resulterte i at pasientene ikke fikk spurt de riktige spørsmålene, selv etter sykepleierne hadde oppfordret dem til å gjøre det. De viser til at flere ble forvirret av hvor mye som skjedde på sykehuset, slik at de ikke klarte å oppfatte all informasjon som ble gitt. Studien kom frem til dette som et resultat av å utforske og studere informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter på sykehus (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad, 2005). En annen studie viser også dette, hvor sykepleierne selv mener at for stor informasjonsmengde, og da spesielt i en stressende situasjon kan føre til at pasienten kan oppfatte informasjon dårligere (Haugstett, 2009). Riktig nok kan det være en stor belastning for pasienten å bli gitt både for mye, og for lite

informasjon, og helsepersonell må selv vurdere hvor mye informasjon pasienten er i stand til å ta imot (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

Til sammenligning er helsepersonell lovpålagt å informere pasienter tilstrekkelig (Helsepersonelloven, 1999), i tillegg til å sikre at innholdet og betydningen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Til tross for dette mener Norsk pasientforening (u.å.) at det er mange pasienter som også får for lite informasjon, og at dette, i likhet med for mye, kan skape frykt og uro. Mange får mye informasjon om ens generelle rettigheter og klagerett, som gir pasientene en følelse av usikkerhet og at noe er galt. Ofte er språket som blir brukt vanskelig å forstå, slik at pasienten føler at de bare sitter igjen med masse informasjon de ikke trenger (Norsk pasientforening, u.å.).

Likevel, har man en høy grad av angst, vil man ikke være i stand til å utnytte informasjon effektivt, og man vil ikke kunne stille relevante spørsmål, selv om det er slik informasjon som huskes best (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Mange vil reagere med forskjellige former for forsvar når de får en sjokkartet nyhet. Mange vil ikke helt forstå i sin helhet hva som har skjedd, og omsorg og trygghet vil være viktig for pasienten selv om de virker uberørt av informasjonen. Når man mottar en sjokkartet nyhet, innskrenkes ens evne til oppfattelse av informasjon, og man får ofte ikke med seg alt som blir sagt. Derfor er det viktig at budskapet blir klart og tydelig presisert, og at man unngår for mange detaljer. Det å informere pasienten er et tverrfaglig samarbeid som ofte gjelder leger, sykepleiere, fysioterapeut og andre behandlere. Det bør være klart hvem som skal informere om hva, slik at eventuelle spørsmål og reaksjoner blir formidlet videre. På denne måten kan motstridende beskjeder og signaler unngås (Mæland, 2006). Som sykepleier bør man være bevisst på bruk av fagtermer og medisinsk språk i kommunikasjonen med pasienten, da dette kan gjøre informasjonen som blir gitt vanskelig å forstå. Det kan også hjelpe pasienten om man selv beholder roen og informerer budskapet klart og tydelig, samtidig som man lar mottakeren få rom for de reaksjonene og tankene de kan ha (Eide og Eide, 2017). Sykdom, skade og behandling kan alle påvirke pasientens evne til oppfattelse, og det å bli informert kan være det første steget til aksept og kan gi en følelse av kontroll over egen situasjon. Det vil også hjelpe pasienten med å involvere seg i beslutninger om egen sykdom (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

5.3 Pasientens og sykepleiers syn på viktig informasjon

Pasienter og sykepleiere har ofte ulikt syn på hva som er viktig å informere om. Dette gjelder også den enkeltes pasient behov for informasjon. Pasientene rapporterte inn hva de mente var viktig informasjon for de. Dette stemte ikke alltid med sykepleieres perspektiv. Metoden som er brukt er kvantitativ, som gir konkrete svar (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016; Huriani, 2019).

De fleste sykepleiere tror at de vet, ut i fra sitt ståsted, hvordan de skal informere pasientene på en hensiktsmessig måte. I realiteten ser det ofte til at dette ikke stemmer. I tillegg kan de ha problemer med å identifisere pasientenes ulike informasjonsbehov. Informasjon som er basert på helsepersonellens syn på hva som er viktig å vite for pasienten er neppe så effektive, om ikke pasientenes faktiske behov er vurdert (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad, 2005). Mange pasienter ønsker å bli informert om behandlingen, medisiner, eventuelle prøver og undersøkelser. Imidlertid er det et stort behov for forbedringer på dette området (Kristoffersen og Nortvedt, 2016). Til tross for at både sykepleiere og pasientene oppfattet informasjon om medikamenter som veldig viktig, ble det i sin helhet tydelig at pasientene rangerte denne informasjon høyest (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016). Andre studier konkretiserer også at informasjon om medikamenter ses på som viktig hos pasientene (Smith og Liles, 2007; Huriani, 2019). Informasjon om livsstilsendringer ble vurdert som viktig å informere om i henhold til sykepleierne, mens pasientene fant denne informasjonen mindre interessant (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016).

I motsetning til dette var sykepleierne bevisst på viktigheten av å gi pasientene nok informasjon, som en del av sin funksjon. Tidligere forskning viser også at pasienter og sykepleiere hadde tilnærmet like oppfatning av hvilken informasjon pasienten trengte under sykehusoppholdet (Huriani, 2019). I et sykepleiers perspektiv kan noen pasienter ha et informasjonsbehov som tilsynelatende ikke er mulig å fylle. De får ikke nok informasjon, og er ofte pågående og opptatt av detaljer. For helsepersonellet kan denne pasienten oppleves som plagsom, også fordi de ofte henger seg opp i om informasjonen den får fra ulike personer stemmer overens eller ikke (Mæland, 2006). I tillegg er det forsket på en undervisningsmetode som sykepleiere bruker. Den innebærer å forklare pasienten om tenkbare årsaker til symptomer, bivirkninger av medisiner, og behandling. Dette er en måte å undervise på, som naturligvis kommer fra en ide om hva sykepleieren tenker er viktig at

pasienten blir informert om (Granum, 2003). Annen litteratur sier at det som er minst prioritert informasjon hos pasientene, er det sykepleiere bruker mest tid på å lære seg i sin egen utdanning. Dette gjelder detaljert informasjon om sykdomslære derav hjertets anatomi og fysiologi (Mæland, 2006). Som nevnt finner sykepleiere informasjon om livsstilsendring viktig. Dette kan komme av at sykepleiere er bevisst på at risikofaktorer ikke bare kan kontrolleres med medisiner. De forstår derfor viktigheten i å informere pasientene i sin helhet om dette før utskrivelse (Mosleh, Eshah og Almalik, 2016).

Forskning tilsier at mesteparten av undervisningen som sykepleieren utfører består av fakta, og ikke informasjon om hva pasienten kan komme til å oppleve, eller har opplevd sin egen situasjon (Granum, 2003). Å informere hjerteinfarktpasienter om sykdommen og bedring har en sammenheng med livskvaliteten deres og opplevelsen av helsehjelpen de mottok på sykehuset (Larson *et al.*, 1996). I hjerterehabiliteringen trenger pasienten blant annet informasjon om sykdomslære, medikamenter, kosthold, røykeslutt og fysisk aktivitet (Granum, 2003; Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016).

5.4 Forskningsetiske og metodiske overveielser

Artiklene til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), Nunes, Rego og Nunes (2016) og Iles-Smith *et al.* (2017) samsvarer med prinsippene som er presisert i Helsinkideklarasjonen. Den inneholder grunnleggende prinsipper for forskning som omfatter mennesker. Deklarasjonen har som formål om å beskytte og verne pasienter mot konsekvenser som følge av forskning (Molven, 2020). De andre artiklene presiserer ikke at de har fulgt prinsippene i Helsinkideklarasjonen, men er godkjent av etiske komiteer eller helsemyndigheter i sine hjemland. Studiene til Mosleh, Eshah og Almalik (2016) og Huriani (2019) understreker at deltakerne er blitt informert og forsikret om frivillig deltakelse, samt signert samtykkeskjema. Mosleh, Eshah og Almalik (2016) poengterer videre at deltakerne ble forsikret om at deres beslutning til å delta eller ikke, ikke ville ha noen effekt på deres mottakelse av helsehjelp, og at all informasjon ville være anonymt og konfidensielt. Studiene til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), Nunes, Rego og Nunes (2016), Iles-Smith *et al.* (2017) og Huriani (2019) fikk økonomisk støtte. Det var kun artiklene til Nunes, Rego og Nunes (2016) og Huriani (2019) som understreket at den økonomiske støtten ikke hadde noe påvirkning på studien.

Selv om studien er pålitelig, kan man likevel finne avvik. Studien til Nunes, Rego og Nunes (2016) har brukt epikriser i metoden sin. Det vil derfor være uklart om pasientene har blitt gitt annen informasjon som ikke er beskrevet der. Artikkene til Smith og Liles (2007) og Nunes, Rego og Nunes (2016) ekskluderte deltakere som hadde andre sykdommer i tillegg. Mosleh, Eshah og Almalik (2016) og Huriani (2019) valgte deltakere med vitale målingen innenfor normalen, og som var psykisk stabile. Noen av artikkene poengterer at studiens metode er begrenset. Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) skriver at de kun hadde deltakere under 70 år og få kvinner, noe som gjør at forskning av informasjonsbehovet til denne gruppen blir mangelfull. Studien til Smith og Liles (2007) hadde kun deltakere som snakket engelsk, noe som førte til at enkelte minoritetsgrupper ble ekskludert.

5.5 Kildekritikk

Alle artikkene som er inkludert i oppgaven følger IMRaD-struktur og er publisert i anerkjente tidsskrifter. Vi har derfor tatt utgangspunkt i at artikkene er fagfellevurderte. I vår oppgave har vi brukt studier med kvalitativ eller kvantitativ metode. Dette har vært verdifullt for oss fordi de kvalitative studiene har gitt oss erfaringer og følelser fra deltakerne. Kvantitative studier har på sin side gitt oss tydelig statistikk og tall i svar på vår problemstilling. Vi har derfor sett det hensiktsmessig å inkludere en kombinasjon av disse metodene.

Artikkene som er valgt er i hovedsak ikke eldre enn 10 år, men to stykker er fra 2005 og 2007. Disse er inkludert med bakgrunn i at de handler om å kommunisere med pasienter, og slik forskning vil ikke være utdatert, og er det noe man i sterk grad kan bygge videre på. I tillegg finner vi disse to artikkene svært relevant for vår problemstilling og oppgave, og for verdifulle til å ekskluderes. Vi har i hovedsak valgt artikler som beskriver et helsevesen som er sammenlignbart med det norske. Likevel har vi inkludert en studie fra Indonesia, som har et helsevesen med vesentlig lavere standard enn det vi har i Norge (Regjeringen, 2021). I og med at vår oppgave handler om sykepleiers kommunikasjon med hjerteinfarktpasienter, har vi valgt å ta den med ut fra vårt fokus, som er sykepleiers hensyn, og ikke pasientenes vurdering av helsevesenet.

5.6 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

På bakgrunn av vår konklusjon har vi funnet ut av at det er flere hensyn sykepleier bør ta for å ivareta informasjonsbehovet til pasientene. Med utgangspunkt i dette, har vi valgt å belyse teknologi og informasjon, innunder hensynet som omhandler individualisert og standardisert informasjon. Helse- og omsorgstjenestene vil møte nye utfordringer i fremtiden, og pasientenes og sykepleiernes oppgaver, funksjon og roller vil endres (NSF, u.å.). Pasientene har i dag større tilgang på informasjon via nettsider, apper og sosiale medier enn tidligere. Det finnes flere nyttige informasjonskilder som sykepleier kan informere pasienten om. Helsedirektoratet har blant annet helseportalen www.helsenorge.no. Helsefilm.no har relevante informasjonsvideoer, og Landsforeningen for hjerte og karsykdommer (LHL) har nyttig informasjon tilgjengelig på sin hjemmeside (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016). De har også utarbeidet hefter med informasjon til hjertepasienter, som blant annet sier noe om hva et hjerteinfarkt er, og hva man kan forvente i etterkant. De beskriver det kort og enkelt slik at det skal være lett å forstå (LHL, u.å.). Vi vil på bakgrunn av dette tro at pasienten i fremtiden i større grad vil finne informasjon på egen hånd, men at dette ikke bør gå på bekostning av sykepleiers viktige informerende funksjon.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven vår var å finne ut hvilke hensyn sykepleier bør ta for å ivareta pasientenes informasjonsbehov. På grunnlag av drøftingen ser ut til hjerteinfarkt pasienter ikke blir tilstrekkelig informert, og at sykepleiere bør ta hensyn til dette. Vi har også belyst flere virkemidler sykepleier kan bruke for å identifisere pasientens behov. Med dette sagt må en alltid huske at alle pasienter vil ha forskjellige informasjonsbehov. Pasientene meldte også at de fikk for lite informasjon om symptomer de kunne oppleve etter utskrivelse. Sykepleier bør være klar over viktigheten i informere pasientene om dette. Ut i fra drøftingen er det både fordeler og ulemper med standardisert informasjon, da pasienter finner den i overkant generell og vanskelig å relatere seg til. Hensynet sykepleier bør ta er å individualisere informasjonen som blir gitt i større grad, men til tross for fordelene med standardisert informasjon kan en kombinasjon av disse være gunstig.

Det er viktig å ta hensyn til at pasienten ikke alltid vil oppfatte all informasjon som blir gitt. Pasientene har lettere for å oppfatte informasjon som blir gitt i den subakutte fasen på sykehuset. I en krisesituasjon kan pasientens kognitive evner være betraktelig svekket, som vil redusere ens evne til oppfattelse av informasjon. Sykepleier må ta hensyn til at pasientene ofte opplever at de får for mye informasjon på en gang. De kan da ha redusert evne til å utnytte informasjonen effektivt. Sykepleiere bør være bevisst på å ikke bruke for mye fagterminologi, som også vil føre til en begrenset oppfattelse av informasjonen.

Helsepersonellet på sin side må være klar over at de er lovpålagt å informere pasienten i henhold til helsepersonelloven.

Et siste hensyn sykepleiere bør være klar over, er at det de mener er viktig informasjon, ikke nødvendigvis samsvarer med hva pasienten ønsker å få informasjon om. Dette gjelder også pasientenes informasjonsbehov. Selv om alle pasienter har individuelle behov og preferanser, ser det ut til at det er behov for forbedringer på dette området.

7.0 LITTERATURLISTE

Al-Karbawi, Z. (2019) *ACE-hemmere*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/ACE-hemmere> (Hentet: 21.04.21).

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eikeland, A., Stubberud, D-G. og Haugland, T. (2016) Sykepleie ved hjertesykdommer, i Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal, s. 229-280.

Elling, I. (2014) *Medisiner ved hjerte- og karsykdom*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/medisiner-ved-hjerte--og-karsykdom/> (Hentet: 27.04.21).

Elling, I. og Midthun, N. (2014) *Hjerteinfarkt*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/#treatment> (Hentet: 21.04.21).

FHI (2019) *Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/> (Hentet: 28.04.21).

Granum, V. (2003) *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grove, T. (2011) Cardiac Rehabilitation, i Humphreys, M. (red.) *Nursing the cardiac patient*. 1. utg. Chickester: Wiley-Blackwell, s. 198-204.

Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E. og Hanestad, B. R. (2005) A Qualitative Study of the Information Needs of Acute Myocardial Infarction Patients, and Their Preferences for Follow-up Contact After Discharge, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), s. 37–44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001>

Haugstlett, J. (2009) Hva informerer vi om - og hvordan gjøres det?, *Sykepleien*, 90(12), s. 44-47. doi: [10.4220/sykepleiens.2002.0036](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0036)

Helsebiblioteket (2020) *Hjerteinfarkt - behandling og forebygging*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt> (Hentet: 21.04.21).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 21.04.21).

Hestvold, I. V. (2018) Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer, i Heyn, L.G. (red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 118-160.

Huriani, E. (2019) Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses, *International journal of nursing sciences*, 6 (3), s. 294-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001>

Høybakk, J. (2013) Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer, i Knutstad, U. (red.) *Utøvelse av klinisk sykepleie - sykepleieboken 3*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 159-226.

Iles-Smith *et al.* (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), s. 3511–3518. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13715>

Informasjon til deg som har angina og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI (2014) Tilgjengelig fra: https://www.lhl.no/globalassets/ressurssenter-for-hjerterehabilitering/dokumenter/infobrosjyre-angina-infarkt-angio-pci_revidert-2014.pdf (Hentet: 24.04.21).

Kristoffersen, N. J., og Nortvedt, P. (2016) Pasient og sykepleier - verdier og samhandling, i Kristoffersen, N. J. *et al.* (red) *Grunnleggende sykepleie 1*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 89-138.

Larson, C. *et al.* (1996) The Relationship Between Meeting Patients' Information Needs and their Satisfaction with Hospital Care and General Health Status Outcomes, *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (5) s. 447–456. doi:

<https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.447>

LHL (u.å.) *Informasjon til hjertepasienter*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/ressurscenter-for-hjerterehabilitering/pasientinformasjon/> (Hentet: 07.05.21).

Moesmand, A. M. og Kjøllesdal, A. (2004) *Å være akutt kritisk syk*. 2. utg. Oslo Akademisk.

Molven, O. (2011) Helsepersonellens rettigheter og plikter, i Holter, I. E. og Mekki, T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe, s. 328-346.

Molven, O. (2020) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen> (Hentet: 12.05.21).

Mosleh, S. M., Eshah, N. F., og Almalik, M. M. A. (2016) Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 26 (3-4), s. 418–426. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13417>

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

NHI (2018) *Behandling av akutt hjerteinfarkt*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-behandling/?page=6>

(Hentet: 21.04.21).

NHI (2018) *Røyking og koronar hjertesykdom*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/kost-trening-og-hjerte/royking-og-koronar-hjertesykdom/>

(Hentet 24.04.21).

Norsk legemiddelhandbok (2016) *Warfarin*. Tilgjengelig fra:

<https://www.legemiddelhandboka.no/L4.5.5.1/Warfarin> (Hentet: 27.04.21).

Norsk Pasientforening (u.å.) *Jeg trenger informasjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasient.no/pasienters-problemer/jeg-trenger-informasjon/> (Hentet: 09.05.21).

NSF (u.å.) *E-helse og teknologi*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/e-helse-og-teknologi> (Hentet: 14.05.21).

Nunes, S. R. T., Rego, G., og Nunes, R. (2016) Right or duty to information: A habermasian perspective, *Sage Journals*, 23 (1), s. 36-47. doi: [10.1177/0969733014557116](https://doi.org/10.1177/0969733014557116)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 21.04.21).

Regjeringen (2021) *Indonesia - Reiseinformasjon*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_indonesia/id2415692/ (Hentet: 13.05.21).

Rushton, C. (2011) ST Segment Elevation Myocardial Infarction, i Humphreys, M. (red.) *Nursing the Cardiac Patient*. 1. utg. Chickester: Wiley-Blackwell, s. 73-96.

Siamansour T., S. (2020) *INR (International Normalized Ratio)*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/INR_-_International_Normalized_Ratio (Hentet: 27.04.21).

Smith, J. og Liles, C. (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (4) s. 662-671. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x>

SNL (2020) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode (Hentet 26.04.21).

SNL (2020) *Kvantitativ metode*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (Hentet 26.04.21).

Stubberud, D-G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt kritisk syk, i Stubberud, D-G (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 13-41.

Stubberud, D-G. (2013) Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar, i Stubberud, D-G (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 42-65.

Stubberud, D-G. (2013) Å ivareta pasientens psykososiale behov etter overføring fra intensivavdeling til sengepost, i Stubberud, D-G (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 152-164.

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Øye, I. (2019) *Blodfortynnende midler*. Tilgjengelig fra:
https://sml.snl.no/blodfortynnende_midler (Hentet: 27.04.21).

