

Lars Baardseth Narum

Sykepleie til pasient som er tilbake på sengepost.

Hvordan kan sykepleier på sengepost fremme sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myocardinfarkt?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne-Sofie Dammerud
Juni 2022

Lars Baardseth Narum

Sykepleie til pasient som er tilbake på sengepost.

Hvordan kan sykepleier på sengepost fremme sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myocardinfarkt?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne-Sofie Dammerud
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

BACHELOROPPGAVE VÅR 2022:

Sykepleie til pasient som er tilbake på sengepost:

*Hvordan kan sykepleier på sengepost fremme
sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myocardinfarkt?*

FORFATTER:

LARS BAARDSETH NARUM, 10152

Kull: 18BSPLD

Emnekode: SPL3903

Dato: 01.06.2022

NTNU i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleie til pasient som er tilbake på sengepost Hvordan kan sykepleier på sengepost fremme sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myokardinfarkt?	Dato: 01.06.22
Forfatter:	Lars Baardseth Narum	
Veileder(e):	Anne-Sofie Dammerud	
Stikkord/ nøkkelord (3-5 stk)	Myokardinfarkt, sykdomsmestring, sengepost	
Antall sider/ord: 33/7315	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Akutt hjerteinfarkt er en av de hyppigst forekommende alvorlige sykdommer i Norge, og globalt. Dagens behandling har redusert antall dødsfall som følge av hjerteinfarkt. Allikevel er det en sykdom som rammer mange, der flere opplever tilbakefall og reinnleggelser.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien å belyse viktigheten av sykepleierens undervisende, og veiledende funksjon ved akutt hjerteinfarkt. Møtet med pasienten vil være på sengepost.</p> <p>Metode: Litteraturstudie som er basert på tidligere forskning på fagområdet. Databasene som er benyttet er CINAHL Complete (EBSCO) og Ovid MEDLINE. Det er gjennomført et systematisk litteratursøk. Fem artikler er inkludert.</p> <p>Resultat: På bakgrunn av de artiklene som er i denne bacheloroppgaven, er det identifisert fire sentrale temaer som fremmer sykdomsmestring etter akutt myokardinfarkt hos pasienten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Variasjon mellom paternalisme og autonomi i den akutte fasen.• Individualisering av dialog og pasientmedvirkning under behandlingen.• Mangel på sammenheng i forløpet hindrer pasientmedvirkning ved utskrivelse.• Hjerterehabilitering fremmer pasients autonome beslutninger i livsstilsendringer. <p>Konklusjon: For å kunne fremme sykdomsmestring hos pasient som har gjennomgått myokardinfarkt må sykepleieren ha gode kunnskaper innenfor anatomien og sykdomslæren, tolkning av verbale og ikke-verbale signaler, vurdere effekten av begynnende hjerterehabilitering og ivareta og tilpasse pasientmedvirkningen i ulike faser av et myokardinfarkt.</p>		

ABSTRACT

Title:	Nursing care for patient who returns to bed post. How can a bedside nurse promote disease management for patients after an acute myocardial infarction?	Date: 01.06.22
Author:	Lars Baardseth Narum	
Supervisor(e):	Anne-Sofie Dammerud	
Keywords (3-5 stk)	Myocardial infarction, disease management, bed post	
Number of pages/words: 33/7315	Number of appendix: 0	
<p>Background: Acute myocardial infarction is one of the most common serious diseases in Norway and globally. Today's treatment has reduced the number of deaths due to heart attacks. Nevertheless, it is a disease that affects many, where more people experience relapses and readmissions.</p> <p>Objective: The purpose of this study is to shed light on the importance of the nurse's teaching and guiding function in acute myocardial infarction. The meeting with the patient will take place in-hospital at bedside.</p> <p>Method: Literature study based on previous research in the field. The databases used are CINAHL Complete (EBSCO) and Ovid MEDLINE. A systematic literature search has been carried out. Five articles are included.</p> <p>Results: Based on the articles in this bachelor thesis, four key topics have been identified that promote disease management after acute myocardial infarction in the patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variation between paternalism and autonomy in the acute phase. • Individualization of dialogue and patient participation during treatment. • Lack of coherence in the process prevents patient participation in discharge. • Cardiac rehabilitation promotes the patient's autonomous decisions in lifestyle changes. <p>Conclusion: To promote disease management in patients who have undergone myocardial infarction, the nurse must have good knowledge of anatomy and pathology, interpretation of verbal and non-verbal signals, assess the effect of incipient cardiac rehabilitation and observe and adapt patient participation in different phases of a myocardial infarction.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	6
1.3 Innhold i oppgaven og avgrensinger	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Akutt myokardinfarkt	8
2.1.1 Diagnostisering av myokardinfarkt (klinikk og EKG)	8
2.1.2 Behandling av myokardinfarkt ved bruk av PCI	10
2.2 Sykepleieres oppgave under akutt sykdom	11
2.3 Å mestre sykdom	12
2.4 Overgang fra intensivavdeling til sengepost	13
2.5 Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost	14
2.6 Hjerterehabilitering til å fremme sykdomsmestring	14
2.7 Kunnskapsbasert praksis	15
2.8 Lovverk	15
2.9 Presentasjon av problemstilling	16
3.0 Metode	17
3.1 Litteratursøk som metode	17
3.2 Søkehistorikk	18
3.2.1 Søkedokumentasjon	19
3.3 Kildekritikk og analyse	20
4.0 Resultat	21
4.1 Artikkelmatriser	21
4.2 Sammenfattet resultat	26
4.2.1 Pasientmedvirkning	26
4.2.2 Hjerterehabilitering på sykehus	27
5.0 Drøfting	28
5.1 Ivareta pasientmedvirkning for å etablere sykdomsmestring	28
5.2 Forskjell på regionsykehus og lokalsykehus	29
5.3 Hjerterehabilitering til å fremme sykdomsmestring	29
6.0 Konklusjon	31
7.0 Litteraturliste	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Akutt hjerteinfarkt er en av de hyppigst forekommende alvorlige sykdommer i Norge, og globalt. Sykdommen rammer ofte akutt, men den underliggende årsak er som regel en kronisk sykdom som medfører forkalkninger og innsnevring av hjertets blodårer. Iskemisk hjertesykdom stod øverst på listen over de ledende dødsårsakene frem til 2017, før kreftsykdom overtok statistikken (FHI, 2021). I Norge behandles ca. 11 000 hjerteinfarkt årlig, fordelt på 53 sykehus. Overlevelse 30 dager etter hjerteinfarkt var i 2020, 91%. (Norsk hjerteinfarktregister, 2021).

Dagens behandling, og et større fokus på forebyggende tiltak, har redusert antall dødsfall som følge av iskemisk hjertesykdom (Ørn et al., 2015). Allikevel er det en sykdom som rammer mange, der flere også opplever tilbakefall og reinnleggelser. Ifølge Norsk hjerteinfarktregister (2021) hadde over 30% av pasientene gjennomgått hjerteinfarkt tidligere. Pasienter med hjertesykdom er en pasientgruppe sykepleiere, med stor sannsynlighet, vil komme til å møte som ferdig utdannet i forskjellige sammenhenger.

Det har blitt gjort norske studier som ser på prevalensen av angst blant personer som har koronarsykdom. Angst er de kroppslige reaksjonene på psykologiske, biologiske og/eller sosiale påkjenninger (Stubberud, 2013). Studien presenterer funn der de ser på ulike nivåer av angst og depresjon blant pasienter som hadde deltatt og ikke-deltatt i hjerterehabilitering (hjerteskolet) etter PCI (Olsen et al., 2018). PCI (Perkutan koronar intervensjon) er den mest brukte invasive behandlingsteknikken for å åpne trange eller tette kransarterier (Steigen, 2018).

I tillegg har det blitt gjort utenlandske studier som kartlegger hvordan vi som sykepleiere, både i forkant og i etterkant av PCI, kan dempe risikoen for angstsymptomer og bedre livskvaliteten til pasienten som gjennomgår dette (Chang et al., 2020).

Erfaring fra hjertemedisinsk sengepost gjennom praksis på sykepleierstudiet, er noe av bakgrunnen for denne oppgavens tema. Der var det flere møter med pasienter som var innlagt grunnet akutt hjerteinfarkt, samt at noen av pasientene var reinnlagt med forverring av symptomer eller nytt infarkt. Oppgaven vil derfor fordype seg i hvordan sykepleier på sengepost kan bidra til å veilede denne pasientgruppen for at de skal få økt sykdomsforståelse,

og føle mestring. Ved flere anledninger uttrykte pasientene at de hadde kjennskap til at det å få hjerteinfarkt var alvorlig, men etter selv å ha gjennomgått det ble den følelsen betydelig forsterket. Flere av pasientene uttrykte angst og nervøsitet for hvordan tiden fremover kom til å bli, og det ble nevnt flere ganger at de var usikre på hvordan de skulle klare å legge om livsstilen, og hvilken livskvalitet de ville ha.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Oppgavens hensikt er å forsøke å belyse sykepleierens undervisende, og veiledende funksjon som understøtter mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ved å bidra til økt pasientkunnskap om hjertesykdom, og innsikt i hvordan det vil være å leve med en slik sykdom kan man hjelpe pasienten til å føle sykdomsmestring og redusere stress og angst. Dersom pasientene skulle få liknede symptomer ved en senere anledning vil sjansen være større for at de gjenkjenner tegn og symptomer på forverring eller tilbakefall. Dette vil kunne få pasienten raskere til behandling, og dermed ha potensiale til å forbedre utfallet (Stubberud, 2013).

Sykdomsmestring vil også kunne øke pasientens motivasjon til å gjøre nødvendige livsstilsendringer, og på den måte forebygge nye hjerteinfarkt. Mestringsmekanismer er noe man som sykepleier må veilede pasienten i å oppdage, for å begynne prosessen med sykdomsmestring. Dette er handlinger som skal redusere opplevelsen av psykisk stress, der målet til pasienten er å oppleve kontroll i situasjonen. Det vil si at målet er at pasienten skal oppleve personlig kontroll over ytre og indre hendelser som truer (Stubberud, 2013).

Det er viktig å få en forståelse for viktigheten ved at pasienter får dekket psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom slik at de kan mestre den akutte sykdommen samt rehabiliteringen i etterkant. Ifølge Stubberud (2013) har psykologiske stressreaksjoner en ugunstig innvirkning på sykdomsforløpet for pasienter som er akutt og kritisk syke. Oppgaven er av sykepleiefaglig relevans ettersom dette er en pasientgruppe vi vil møte i vårt arbeid som sykepleiere uavhengig av arbeidssted.

1.3 Innhold i oppgaven og avgrensinger

Denne litteraturstudien er avgrenset til å omhandle pasienter som er kommet tilbake til lokalsykehus etter at den umiddelbare faren er over og pasienten har gjennomgått PCI. Fokuset vil være på sengepost hvor pasienter blir liggende i 1-3 dager. Hensikten med oppgaven er belyse sykepleieperspektivet og konkretisere hva man som sykepleier kan bidra med til pasient, som vil ha en positiv effekt på pasientens sykdomsmestring. I tillegg tar oppgaven for seg å belyse hvordan en pasient opplever plutselig sykdom. Oppgaven vil ha et pasientfokus, og derfor er ikke pårørende nevnt i oppgaven.

2.0 Bakgrunn

2.1 Akutt myokardinfarkt

Som tidligere nevnt er akutt hjerteinfarkt er en alvorlig sykdom som er mest forekommende i Norge og globalt. Akutt hjerteinfarkt, eller myokardinfarkt, er når en eller flere koronararterier tilstoppes oppstår det et myokardinfarkt. Myokardinfarkt er en iskemisk hjertesykdom (Jacobsen et al 2009). I oppgaven vil hjerteinfarkt og myokardinfarkt vil bli brukt om hverandre da dette er synonymmer.

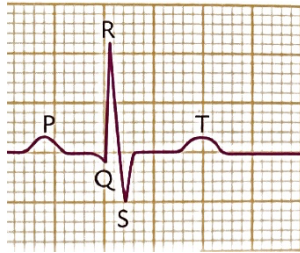
Hjerteinfarkt oppstår vanligvis (hos 40 %) når en koronararterie blir okkludert. Okklusjon vil i medisinsk sammenheng si at noe er lukket eller stengt (Hem, 2020). Okklusjonen som oppstår i kransarteriene skyldes som regel trombedannelse i en forkalket og forsnævret koronararterie, og opptrer typisk etter ruptur av et ateromatøst plakk (kalkflekk), der endotelet skades slik at trombocytene kleber seg til det (Jacobsen et al., 2015). Tromben, som er årsaken til okklusjonen, vil danne seg sekundært til aterosklerosen. Denne plutselige koronarokklusjonen vil føre med seg at den tilhørende delen av hjertemuskulaturen ikke får tilført oksygen og dør (Jacobsen et al., 2015).

2.1.1 Diagnostisering av myokardinfarkt (klinikk og EKG)

Typiske symptomer på hjerteinfarkt er vanligvis klemmende, intense og vedvarende brystmerter. Dette varierer selvsagt fra pasient til pasient. I tillegg kan kvalme og brekninger forekomme. Blek og klam hud med uttalt sykdomsfølelse kan også være til stede. Kombinasjonen av sentrale brystmerter og brekninger er vanligvis sikre kliniske tegn på hjerteinfarkt. Videre vil EKG og blodprøvetaking være svært viktig for videre diagnostisering (Jacobsen et al., 2015).

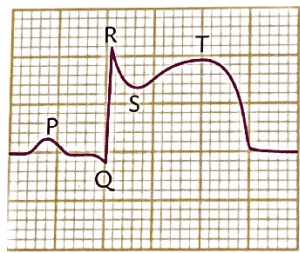
EKG (elektrokardiogram) er en undersøkelsesmetode som brukes for å registrere de elektriske spenningsforskjellene som oppstår i hjertemuskulaturen når hjertet arbeider. Ved bruk av EKG ved mistanke om hjerteinfarkt, kan det blant annet gi opplysninger om oksygenmangel i myokard (Arnesen, 2022).

Noen av funnene man kan ha på et EKG ved hjerteinfarkt er STEMI og NSTEMI:



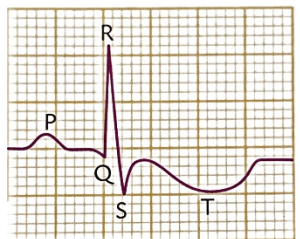
(Kompleks, normalt EKG (Jacobsen et al., 2015)).

Eksempel på et normalt EKG tatt i hvile (sinusrytme) (Jacobsen et al., 2015).



(Kompleks, STEMI EKG (Jacobsen et al., 2015)).

STEMI (ST-elevert myokardinfarkt) er når ST-segmentet på EKG er hevet over grunnlinjen sammenliknet med et normalt EKG. Ved akutt okklusjon av et større koronarkar vil oksygenmangel oppstå gjennom hele myokardet som forsynes av denne arterien (transmural iskemi). Dette vil da vise seg ved å heve ST-delen (ST-elevasjon) i avledning over denne delen av hjertet (Jacobsen et al., 2015).



(Kompleks, NSTEMI EKG (Jacobsen et al., 2015)).

NSTEMI (Non ST-elevasjons myokardinfarkt) er når ST-segmentet på EKG er under grunnlinjen sammenliknet med et normalt EKG. Dette er et uttrykk for subendokardial iskemi. Subendokardial iskemi vil si at blodforsyningen til myokard går fra yttersiden, gjennom myokard til endokard. Ved oksygenmangel forbrukes mesteparten av oksygenet i de ytre delene av hjertemuskulaturen, som fører til redusering av oksygen til den innerste (subendokardiale) delen.

2.1.2 Behandling av myokardinfarkt ved bruk av PCI

Akutt og subakutt infarktbehandling er dominert av behandlingsteknikken PCI. PCI utføres på regionsykehusene i hele landet. Pasienter med akutt STEMI skal ha revaskulariserende behandling så fort som mulig, mens pasienter med NSTEMI skal få utført koronar angiografi innen 24-48 timer (Jacobsen et al., 2015).

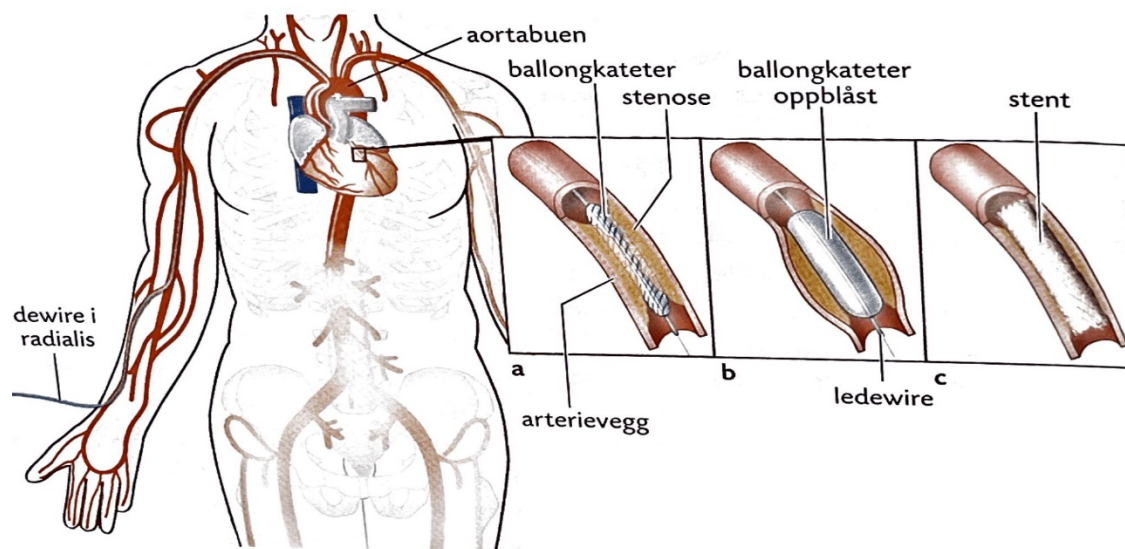
I 2008 ble det utført ca. 15 000 PCI i Norge. PCI er den helt dominerende metoden for invasiv behandling av trange og helt tette koronararterier. PCI er kateterbasert og bildeveiledet behandling, og gjøres direkte etter koronar angiografi (Jacobsen et al., 2015). Ved hjelp av røntgenfilming av kontrastinjeksjon som gis gjennom et spesialkateter på pasienten så kan man gjøre en koronar angiografi, for å identifisere koronararterier som er helt eller delvis tette (Borthne, 2022).

I Norge så er pulsåren på håndleddet mest brukt som innstikksted. Fordelen med dette er at det er færre blødningskomplikasjoner og raskere mobilisering av pasienten, sammenliknet med å bruke lyskepulsåren som innstikksted. Det blir brukt lokalbedøvelse ved punktering av innstikkstedet, og det legges en innføringshylse i karet som blir punktert. Videre gjennom denne hylsen legges det et føringskateter inn i hovedpulsåren (aorta), og så vidt inn i avgangen til den okkluderte koronararterien (Jacobsen et al., 2015).

Når dette er etablert kan prosedyren fortsette. Gjennom føringskateteret tres en svært tynn (ca. 0,3 mm. diameter) styrbar ledesonde med ballongkateter inn i den aktuelle koronararterien. Røntgenkontrast sprøytes inn gjennom føringskateteret, samtidig som det gjøres røntgenopptak slik at koronararterien blir avbildet (Jacobsen et al., 2015).

Ballongkateteret er koblet til en sprøyte med trykkmåler som er fylt med kontrastblanding og føres over ledesonden til det området som skal behandles. Ved hjelp av sprøyten med trykkmåler fylles ballongen, og utvides til en bestemt diameter i koronararterien.

Blodtilførselen til deler av hjertemuskulaturen stoppes under blokkingen, grunnet fylling av ballongkateteret. Under selve blokkingen kan da pasienten oppleve brystmerter, men disse smertene går vanligvis raskt over når ballongen tømmes (Jacobsen et al., 2015).



- a. Kateter føres opp via pulsåren på håndleddet. Dette blir stående i aorta ved avgangen av hovedstammen av venstre koronararterie. Etter det føres den tynne ledewiren inn i venstre hovedstamme, inn i den okkluderte koronararterien og videre utover gjennom det trange partiet.
- b. Ballongkateteret føres over ledewiren og plasseres med ballongen i stenosen. Ballongen fylles med kontrastvæske, og karet blokkes ut.
- c. For å motvirke at karet tetter seg igjen, settes det inn en stent (metallarming).
(Jacobsen et al., 2015).

2.2 Sykepleieres oppgave under akutt sykdom

I de yrkesetiske retningslinjene som omhandler sykepleiere så har sykepleieren i oppgave å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Under PCI vil det være sykepleiere til stede som har som oppgave å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Det er ikke alltid pasientens oppgave å fortelle om sine problemer og behov. En av sykepleieres oppgave er å kunne tolke pasientens verbale og ikke-verbale signaler ved å bruke sanser og være åpen for inntrykk som pasientmøtet gir. Dette innebærer at sykepleier må observere disse elementene, og gjøre tiltak ut ifra det (Stubberud, 2013).

Florence Nightingale (1984) mente observasjon av den syke var den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kunne ha. Ifølge Nightingale må sykepleieren vite hva som skal observeres, og på hvilken måte en skal observere. Sykepleieren skal vite om hva som skal

observeres, og ha kjennskap til hvilke symptomer som indikerer bedring eller forverring av pasientens tilstand (Stubberud, 2013).

For å ivareta pasientenes grunnleggende behov må sykepleierne rette sin oppmerksomhet mot den enkelte pasients reaksjon og mestring av det å være syk. Florence Nightingale hadde et uttrykk for dette: «Den syke selv og den sykes opplevelse av sykdom» (Grov og Holter, 2016). Sykepleieren må inneha gode kunnskaper i fysiologi og patofysiologi, for å kunne observere, vurdere og utføre tiltak for å hjelpe pasienten som er syk. Det innebærer også at sykepleieren har kunnskap om medisinske symptomer og om diagnose og behandling. Videre så må sykepleieren ha en individuell forståelse for den enkelte pasient og den sosiale sammenhengen som pasienten befinner seg i (Grov og Holter, 2016).

2.3 Å mestre sykdom

Mennesker vil alltid ha et behov for å lære og mestre. Innenfor helsetjenestene i Norge står brukermedvirkning sentralt både i helselovverket og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Som sykepleier, er det en viktig oppgave å forsøke å legge til rette slik at pasienten kan ivareta seg selv og sitt liv. Det er viktig at pasienten får ta sine egne valg, til tross for helsesvikt og sykdom (Grov og Holter, 2016). Det handler om selvbestemmelsesrett (autonomi), myndiggjøring (empowerment) og informert samtykke. Informert samtykke handler om at pasienten samtykker til helsehjelpen som tilbys, etter å ha fått tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som skal ytes (Bahus, 2022). Hvis pasienten skal klare å ta beslutninger om egen helse, vil man trenge kunnskap (Grov og Holter, 2016).

Lazarus og Folkman (1984) forteller om problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestringsstrategi. Begge kan brukes i dagliglivet for pasienten til å mestre stressende opplevelser. Når pasienten bruker den problemfokuserede mestringsstrategien, vil stressopplevelsen reduseres ved å identifisere hva som skaper stresset, for å finne løsninger for å fjerne den utløsende faktoren til stresset. Løsningen kan være å forebygge at stressende situasjoner oppstår. Pasientens egen strategi vil være å søke informasjon og støtte, finne en konkret løsning på problemet eller finne alternative mål i den nåværende livssituasjonen (Stubberud, 2013).

Følelsesmessig fokusert mestringsstrategi kan være hensiktsmessig i situasjoner der man ikke kan fjerne stressfaktoren. I denne mestringsstrategien vil pasienten bruke strategier som emosjonell kontroll og regulering. Dette gjøres ved å opprettholde håpet i situasjonen og

holde følelser under kontroll. Pasienten kan utrykke følelser som angst, frykt, sinne, sorg, skyld og fortvilelse, for å hjelpe til å redusere indre spenninger (Stubberud, 2013).

Et menneske som har blitt akutt syk, og plutselig blir pasient på et sykehus, har varierende mulighet til å mestre sin stressituasjon på egenhånd. I sykepleien må det derfor være som mål å begrense omfanget og styrken av stressfaktorer som pasienten kan bli utsatt for (Stubberud, 2013). Sykepleierens oppgave vil da være å kompensere for pasientens direkte og indirekte mestringsstrategi. Sykepleieren kan fjerne det som pasienten opplever som stressende (direkte stresshåndtering). I situasjoner det er ikke er mulig, kan sykepleieren iverksette tiltak som kan støtte pasienten til å forandre sin opplevelse av den aktuelle stressfaktoren (indirekte stresshåndtering) (Stubberud, 2013).

2.4 Overgang fra intensivavdeling til sengepost

En plutselig sykdomsinntrreden kan ha en betydelig innvirkning på et menneskes liv. Overgangen fra å klare seg selv, til å bli hjelpetrengende kan være svært stor (Grov og Holter, 2016). For noen mennesker vil denne overgangen ta kort tid, mens andre vil kreve mer tid til rehabilitering etter sykdom.

Når en pasient blir overført fra en intensivavdeling til en sengepost, er det et tegn på at pasientens fysiske tilstand er bedre. Denne overgangsfasen skal teoretisk sett for pasienten bety noe positivt, men det kan oppleves som forvirrende, skape psykisk stress og angst (Stubberud, 2013). Pasienter som har gjennomgått PCI vil vanligvis bli flyttet fra intensivavdeling til sengepost avdeling i løpet av kort tid. Det har blitt gjort en rekke studier på det å bli overført fra intensivavdeling til sengepost, og disse pasientene kan deles inn i to grupper; pasienter som opplever dette som positivt, og pasienter som opplever det som negativt og psykisk stressende (Stubberud, 2013).

Pasientene som opplever overføringen positivt, ser på overføringen som en bekreftelse på at han er blitt friskere, og er klar for et miljøskifte. Pasienter som opplever overføringen som negativt, kan oppleve at et miljøskifte er en utløsende faktor for frykt og angst grunnet det ukjente. Pasienten opplever intensivavdelingen som et trygt miljø, og har knyttet seg gode relasjoner til de ansatte der. Den kontinuerlige overvåkingen kan være tryggende for denne pasientgruppen, så tanken på å bli overført til et lavere omsorgsnivå med mindre overvåking er skremmende (Stubberud, 2013).

Årsaken til de negative reaksjonene henger ofte sammen med at pasienten ikke har blitt godt nok forberedt på hva som skal skje. Overføringen vil da oppleves som plutselig, og pasienten vil føle på det som et tap. Pasienten frykter det å bli kastet ut i et ukjent miljø som et tap av kontroll, og frykt for å bli forlatt. Usikkerhet om personalet på sengeposten har kompetansen det kreves for å ivareta hans behov kan dukke opp i tankene til pasienten (Stubberud, 2013).

2.5 Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost

Flere intensivavdelinger har opparbeidet seg rutiner og systemer, for å følge opp intensivpasienten etter overføring til sengepost. Disse rutinene og systemene er der for pasientens del, for å vite hva slags observasjon og informasjon pasienten trenger. I tillegg til pasienten er det også hjelp for sykepleierne når det gjelder veiledning og undervisning, for å imøtekomme pasientens fysiske og psykososiale behov (Stubberud, 2013). Psykososiale behov kan defineres slik: "Menneskets grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov" (Stubberud, 2013).

De psykososiale behovene har med menneskets psyke å gjøre. Det vil si det sjelelige eller mentale, og kan beskrives som menneskets sjeleliv (Stubberud, 2013). En slik oppfølging bør starte allerede dagen etter overflytting til sengeposten, spesielt hvis pasienten måtte flytte tidligere grunnet plassmangel eller om pasienten har spesielle fysiske problemer.

Intensivsykepleieren bør forhøre seg på sykepleieren på sengepost om posten har fått tilstrekkelig og riktig dokumentasjon om pasientens behov og behandling (Stubberud, 2013).

2.6 Hjerterehabilitering til å fremme sykdomsmestring

Hjerterehabilitering er et allsidig program som er designet for pasienter som har hatt et hjerteinfarkt eller gjennomgått hjertekirurgi. Dette er et medisinsk ledet program som kan hjelpe pasientens hjerte i form igjen, og bedre den totale livskvaliteten. Hjerterehabiliteringen er en trygg og effektiv rehabilitering som kan bidra til å overvinne noen av de fysiske komplikasjonene som er forbundet med myokardinfarkt (Norsk Helseinformatikk, 2020). Risikoen for å utvikle flere hjerteproblemer kan begrenses ved hjelp av et slikt program. Videre kan det bidra til bedring av den psykiske helsen for pasienten, og at pasienten kan vende tilbake til et aktivt sosialt liv og yrke. Opptreningen kan bidra til at pasienten gjenvinne styrken og levealderen økes (Norsk Helseinformatikk, 2020).

2.7 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis handler om å bruke forskningen som er fremstilt, og ikke forske selv. Som pasient som, både frivillig eller ufrivillig, benytter seg av tjenester i helse- og omsorgstjenesten forventes det at helsepersonell gir råd og tiltak som er basert på et god kunnskapsgrunnlag (Grov og Holter, 2016). Sykepleiere er den største profesjonsgruppen innenfor helse- og omsorgstjenesten, og tilbringer tiden sin mer sammen med pasienter og brukere enn andre helseprofesjoner (Grov og Holter, 2016). Derfor er sykepleiepraksis svært viktig for hvordan det går med pasientene, og hvordan de opplever å være pasient. For at sykepleiefaget skal ha en god troverdighet er det viktig at sykepleierne har et godt kunnskapsgrunnlag for sin praksis. Et godt kunnskapsgrunnlag vil si at man som profesjonell kjenner sitt kunnskapsgrunnlag for den gitte praksisen, og alltid har et bevisst forhold til hvorfor man som sykepleier gjøre som man gjør i gitte situasjoner (Grov og Holter, 2016).

Kunnskapsbasert praksis kan defineres på denne måten: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Grov og Holter, 2016).

I denne oppgaven er det viktig å få frem forskningsbasert kunnskap. Denne kunnskapen publiseres som forskningsartikler i vitenskapelige tidsskrifter, og blir ofte referert til som studier. Hvert eneste år blir det publisert titusenvis av nye studier fra helsefaglig og medisinsk forskning. Det ville vært svært omfattende og vanskelig for en sykepleier å skulle holde seg faglig oppdatert på denne måten, i en ellers travel klinisk hverdag. Dette er en problemstilling som er aktuell for alt helsepersonell, og er en viktig årsak til at kunnskapsbasert praksis har vokst fram (Grov og Holter, 2016).

2.8 Lovverk

Pasient- og bruker rettighetsloven inneholder rettsregler om de forskjellige rettighetene pasienter og bruker har overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I denne loven finner vi i kapittel 3, rett til medvirkning og informasjon. § 3-1 sier at pasient eller bruker har en rettighet til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den

enkelte pasient eller bruker sin evne til å motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-2 sier blant annet at pasient eller bruker skal ha den informasjonen som er nødvendig, for å innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen han eller hun skal motta.

Pasienten skal også informeres om mulige bivirkninger og risikoer knyttet til helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). § 3-5 forteller at informasjonen til pasienten eller brukeren skal være tilpasset til mottakerens individuelle forutsetninger. Dette innebærer modenhet, alder, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn. Denne informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal, så langt som mulig, sikre seg at mottakeren har forstått betydningen og innholdet i informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.9 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier på sengepost fremme sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myocardinfarkt?

3.0 Metode

Vilhelm Aubert, som var en sosiolog, definerer metode på denne måten:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2017).

I en forskningsstudie så er metode en strategi som forskere benytter, for å gjennomføre studien med krav som omhandler ærlighet, sannhet og troverdighet i studien (Dalland, 2017). Den skal fortelle leseren hvordan man går frem, for å innhente kunnskap man er ute etter innenfor et tema (Dalland, 2017). Kvaliteten på resultatene vil avhenge av at metoden beherskes av den som skriver (Dalland, 2017).

3.1 Litteratursøk som metode

Sykepleiere skal følge de yrkesetiske retningslinjer, ettersom man som sykepleier har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger i utøvelsen av sykepleier (Norsk sykepleierforbund, 2019). I disse yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleie skal bygge på blant annet forskning. Den enkelte sykepleier er derfor ansvarlig for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Emnebeskrivelsen for SPL3903 (Bacheloroppgave i sykepleie) ved NTNU Gjøvik legger til grunn at oppgaven skal være en litteraturstudie, der man innhenter fag- og forskningsbasert kunnskap innenfor en sykepleiefaglig problemstilling. Med andre ord så vil dette bety at det er skriftlige kilder som utgjør datamaterialet, og at oppgaven ikke vil tilføre ny kunnskap til faget. Oppgaven skal baseres på allerede eksisterende kunnskap fra faglitteratur, forskning og fagartikler. Enkelte deler av oppgaven kan også bestå av egne erfaringer fra praksis (NTNU, 2022). I dette litteraturstudiet er egenerfaringen hentet fra medisinsk sengepost fra emnet VPM2012.

3.2 Søkehistorikk

Når søket skulle gjennomføres, ble de relevante forskningsartiklene søkt gjennom å bruke databaser gjennom universitetets bibliotek. Databasene som ble valgt var Ovid MEDLINE og CINAHL Complete. Disse databasene er anerkjent internasjonalt innenfor helsefag, og databasene er enkle å utføre strukturerte søk i.

Søkene besto av en kombinasjon av relevante søkeord. Søkeordene ble funnet ved hjelp oppslagsverket MeSH på norsk. Det ble også benyttet ord fra artikler som ble funnet underveis i søkeprosessen.

Søkeordene som ble brukt var **“Nursing”, “Cardiovascular disease”, “Acute coronary syndrome”, “Myocardial infarction”, “Communication”, “Psychosocial”, “Cardiac rehabilitation”, “Percutaneous coronary intervention”, “Information needs”, “Patient experience”** og **“Hospital”**.

Ut ifra artiklene som ble funnet, og faglitteratur, så ble også søkeordet **“Anxiety”** brukt da det fremstår at en del pasienter som gjennomgår akutt hjerteinfarkt opplever stress og angst. I tillegg til å bruke utvalgte søkeord ble søkene avgrenset i forhold til at artiklene var fagfellesvurdert og året de ble publisert.

På oppgaven er det satt nedre grense for publiseringsårstall på 2015, for å finne nyere forskning på dette området som omhandler problemstillingen. For å sikre at det var forskningsartikler så ble det gjort funn av artikler med IMRaD struktur. IMRaD er en standardstruktur som brukes for forskning i tidsskrifter for å få et raskt overblikk over forskningens innhold (Dalland, 2018).

3.2.1 Søkedokumentasjon

Søkeordene ble først søkt individuelt i databasene Ovid MEDLINE og CINAHL Complete. Resultatet på søket er antall artikler på de ulike ordene som er publisert mellom 2015 og 2022.

Søkeord	Ovid MEDLINE	CINAHL Complete
1. Nursing	633 047	186 419
2. Myocardial infarction	264 536	24 669
3. Cardiovascular disease	155 354	36 334
4. Acute coronary syndrome	33 215	6495
5. 1 OR 2 OR 3 OR 4	1 053 172	247 505
6. Communication	411 296	84 775
7. Psychosocial	114 327	252 273
8. Cardiac rehabilitation	8736	1917
9. Anxiety	8736	59 861
10. 6 OR 7 OR 8 OR 9	785 188	356 305
11. Percutaneous coronary intervention	47 473	8322
12. Information needs	5172	3320
13. Patient experience	8363	3848
14. 11 OR 12 OR 13	60 960	15 464
15. Hospital	1 408 054	212 743
16. 5 AND 10	57 925	44 619
17. 14 AND 16	894	625
18. 15 AND 17	360	187

3.3 Kildekritikk og analyse

Etter søket i databasene ble det funnet 360 artikler i Ovid MEDLINE og 187 artikler i CINAHL Complete.

Fremgangsmåten i analysearbeidet kan beskrives i tre trinn i følge Aveyard (2014). Det første trinnet omhandler å lese de inkluderte artiklene med et kritisk blikk, for å få en grundig og detaljert forståelse for dem. Alle overskriftene ble lest og vurdert opp mot problemstillingen og temaet for oppgaven. Etter å ha valgt ut ca. 20 relevante artikler ble sammendraget lest og kritisk vurdert. Videre ble det åtte artikler som ble nøye lest, og totalt fem artikler inkludert i oppgaven.

I trinn to skriver Aveyard (2014) at man bør bevege seg direkte til resultatdelen i artikkelen og lese artikkelen på nytt. De fem artiklene ble i trinn to analysert en ny runde. Deretter ble temaer identifisert fra hver enkelt artikkels resultatdel. Hovedfunnene i artiklene ble gjennomgått. Anbefalingen fra Aveyard (2014) er å gjøre et forsøk på å lete etter ord som oppsummerer hovedpoenger i resultatet, som kan relateres til problemstillingen i oppgaven. Det ble funnet tre temaer som ble presenterte hovedpoengene i funnene fra artikkelanalysen (pasientmedvirkning, hjerterehabilitering, faser i hjerteinfarktveien).

Aveyard (2014) sier at det tredje trinnet handler om å se på temaene på nytt. Temaene ble revurdert og valgt ut ifra det som beskrev temaets innhold i oppgaven. Videre ble det kontrollert at temaene fra resultatet passer inn i oppgavens hensikt og tema. I følge Aveyard (2014) skriver at for å få et best mulig temanavn må materialet arbeides med dynamisk. Her ser man sammenhengen mellom temaene. Aveyard (2014) skriver videre at vil være vanskelig å fremstille temaer hvor datamaterialet ikke inkonsistens og samtidig dannet et enkelt bilde av virkeligheten.

4.0 Resultat

4.1 Artikkelmatriser

Artikkel nr. 1 Referanse	Yuan, L. og Yuan, L. (2021) Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention: An observational cohort study, <i>Medicine</i> , 100(33), s. 1–6. doi: 10.1097/MD.00000000000026899
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke effekten av sykepleierintervensjon på angst, psykologi og selveffektivitet blant eldre pasienter med akutt koronarsyndrom etter PCI. Studien så også på sammenhengen mellom pasientenes angst, psykologi og egen evne til å oppnå mål ved hjelp av sykepleieintervensjon.
Metode	<p>Design: Kvalitativstudie</p> <p>Utvalg: Totalt 136 pasienter som ble tilfeldig delt i to grupper med 68 personer i hver gruppe.</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasientene som ble inkludert måtte fylle fem inklusjonskriterier.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Diagnostisert med akutt koronar syndrom, og gjennomgått PCI.2. Utfylle de medisinske kriteriene for diagnosen angst.3. Forstå informasjon og kommunisere normalt.4. Være 65 år eller eldre.5. Samarbeidsvillige og villige til å gjennomføre intervensjonen. <p>Datainnsamlingsmetode: Dataene fra studien ble samlet i standardiserte skjemaer.</p>
Resultat	Felles for alle gruppene viste studiens resultat at pasientdeltakelse er verdifull og ønskelig i møte med pasient og sykepleier i behandlingen av myokardinfarkt. I begrepet pasientdeltakelse la både pasienter og personellet, at det omhandlet informasjon. Aktiv deltakelse i medisinske avgjørelser var det lite av. Pasientdeltakelse ble bedømt som vanskelig i den akutte fasen av et myokardinfarkt, men at informasjon til pasientene må tilstrebes. Positive funn ved pasientdeltakelse var at pasientene føler seg mer ivaretatt, og mer motivert for å starte rehabiliteringsprosessen. Det som hindret pasientdeltakelse var tidspress på avdelingen, og kunnskap og kompetanse til enkelte av pleiepersonellet og evnen til å forstå informasjon hos pasienten.

Artikkel nr. 2 Referanse	Soldati, S. et al. (2021) The impact of in-hospital cardiac rehabilitation program on medication adherence and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction in the Lazio region of Italy, <i>BMC Cardiovascular Disorders</i> , 21(1), s. 1–13. doi: 10.1186/s12872-021-02261-6
Hensikt	Studiens hensikt var å evaluere effekten av hjerterehabilitering på sykehus etter et akutt myokardinfarkt.
Metode	<p>Design: Kvantitativ, observasjons studie.</p> <p>Utvalg: Totalt 13 540 pasienter delt opp i fire kohorter. STEMI med PCI: 5 375 pasienter. STEMI uten PCI: 736 pasienter. N-STEMI med PCI: 4 178 pasienter. N-STEMI uten PCI: 3 251 pasienter.</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasienter som var mellom 18-100 år som har gjennomgått akutt myokardinfarkt, og fått behandling for dette. Pasientene som overlevde etter 30 dager, ble inkludert i studien.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Dataene ble samlet inn fra «Health Information Systems of The Lazio Region, Italy». Denne regionen har fem millioner innbyggere. Totalt ble det samlet inn data fra 13 540 pasienter. Innsamlingen foregikk mellom 2013-2015. Studiet delte opp pasientene i fire kohorter: Pasienter med STEMI som fikk PCI og pasienter med STEMI som ikke fikk PCI. Pasienter med NSTEMI som fikk PCI og pasienter med NSTEMI som ikke fikk PCI.</p>
Resultat	Totalt 13 540 pasienter var innenfor inklusjonskriteriene. Etter 3 år var det totalt 1 635 pasienter som døde, 3 302 pasienter ble innlagt grunnet hjerte og karsykdom og 6 928 pasienter ble innlagt igjen grunnet andre årsaker. Studiet fant blant annet svar på at hjerterehabilitering på sykehus hadde en beskyttende effekt på forekomsten av uønskede utfall for tre av de fire kohortene. Mer spesifikt hadde N-STEMI uten PCI svært god effekt av hjerterehabilitering på sykehus.

Artikkel nr. 3 Referanse	Welker, J. et al. (2016) Hospital revascularisation capability and quality of care after an acute coronary syndrome in Switzerland. <i>Swiss medical weekly</i> , vol. 146 w14275. doi: 10.4414/smw.2016.14275
Hensikt	Studiens hensikt var å sammenlikne pasientene som ble overført til sykehus uten PCI funksjon etter å ha gjennomgått PCI, for å se om forebyggingsintervensjoner var annerledes.
Metode	<p>Design: Kvantitativ observasjonsstudie.</p> <p>Utvalg: Studien foregikk i Sveits mellom september 2009 og mars 2013. Pasientene var en del av «SPUM-ACS» kohortstudien som var designet for å vurdere langstidsprognose og kvalitet på omsorg etter akutt myokardinfarkt Sveits.</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasientene ble inkludert ved å ha symptomer på myokardinfarkt og gjennomført angiografi og PCI. Symptomene pasientene måtte ha var pustevansker og brystmerter, og ST elevasjoner/depresjoner, og blodprøver som viste forhøyede troponiner (infarktmarkør).</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Pasienter som ble inkludert i studien ble registret i en kohortstudie. Forskerne som jobbet med studiet samlet inn data fra hvilke pasienter som fikk utskrevet medisiner som ble utskrevet etter myokardinfarkt, antall deltakelse på hjerterehabilitering og røykeavvenningsprogram.</p>
Resultat	Totalt 720 pasienter ble inkludert i studien som hadde myokardinfarkt og gjennomgikk PCI behandling. 541 pasienter ble utskrevet fra sykehus med PCI funksjon, og 179 av disse pasientene ble utskrevet fra sykehus med PCI funksjon til sykehus uten PCI funksjon. Utskrivelse av medikamenter som Aspirin, betablokkere, ACE-hemmere og statiner var likt på både sykehus med og uten PCI funksjon. Total deltakelse til hjerterehabilitering var i prosentvis 55,5 % på sykehus med PCI funksjon, og 65,7 % på sykehus uten PCI funksjon. 70,8 % av pasientene gjennomgikk røykeavvenningsintervensjoner på sykehus, og dette foregikk bare på sykehus med PCI funksjon. Kvaliteten på behandlingen var veldig lik på begge sykehusene.

Artikkel nr. 4 Referanse	Bardsgjerde, E. K. et al. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. <i>Nursing Open</i> , 7(5), s. 1606-1615. doi: https://dx.doi.org/10.1002/nop2.544
Hensikt	Studiens hensikt var å utforske sykepleieres oppfatning av pasientmedvirkning av ulike faser av hjerteinfarktveien.
Metode	<p>Design: Kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutisk tilnærming er nyttig når formålet er å søke, forstå og tolke den underliggende betydningen av et begrep i referanse til en spesifikk kontekst.</p> <p>Utvalg: Fem fokusgrupper ble satt inn ved to sykehus: et sykehus med PCI og et sykehus uten. Studien foregikk fra februar til november 2018. 22 sykepleiere med erfaring fra hjertebehandling deltok i studien.</p> <p>Inklusjonskriterier: Studiearbeiderne rekrutterte sykepleiere til studien fra to sykehus i Midt-Norge. De ble inkludert fordi de hadde ansvar for pasientbehandling i ulike faser av et myokardinfarkt. Sykepleierne måtte jobbe innen hjertesykepleie, og at de hadde minst 1 års erfaring innen hjertesykepleie.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Ved bruk av fokusgrupper ble det samlet inn data gjennom samtaler og erfaringsutvekslinger, for å forstå individers innsikt og erfaringer. En spørrerute, som var basert på hensikten med studien, tidligere forskning og det teoretiske rammeverket, ble utviklet til studien. Spørreveien ble ikke brukt på en rigid måte, og det ble stilt oppfølgingsspørsmål ved behov.</p>
Resultat	<p>Fire temaer ble identifisert innen sykepleiers oppfatning av pasientmedvirkning i ulike faser av hjerteinfarktveien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variasjon mellom paternalisme og autonomi i den akutte fasen. 2. Individualisering av dialog og pasientmedvirkning under behandlingen. 3. Mangel på sammenheng i forløpet hindrer pasientdeltakelse ved utskrivning. 4. Hjerterehabilitering fremmer pasientens autonome beslutninger i livsstilsendringer.

Artikkel nr. 5 Referanse	Kanazawa, N. et al. (2020). In-hospital cardiac rehabilitation and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention: a retrospective cohort study. <i>BMJ Open</i> , 10(9), e039096. doi: https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039096
Hensikt	Studiens hensikt var å verifisere assosiasjonene mellom deltakelse i et hjerterehabiliteringsprogram på sykehus og kliniske utfall blant pasienter med akutt myokardinfarkt etter PCI.
Metode	<p>Design: En retrospektiv kohortstudie ved bruk av den japanske administrative kravdatabasen.</p> <p>Utvalg: 13 697 pasienter ble valgt ut. 8 955 av disse var deltakere innen hjerterehabilitering. De resterende 4 742 var ikke deltakende i hjerterehabilitering.</p> <p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med akutt myokardinfarkt som diagnose etter ICD-10 kode I21 og I22. • Pasienter som gjennomgikk PCI under sykehusoppholdet. • Pasienter over 18 år. • Pasienter som overlevde etter utskrivning. <p>Datainnsamlingsmetode: Dataene ble samlet inn fra «Diagnosis Procedure Combination (DPC)» databasen, som er en japansk nasjonal database for «case-mix» klassifiseringssystem. Denne databasen består av administrative kravdata og utskrivningssammendrag samlet inn fra akutt sykehus som bruker DPC systemet.</p>
Resultat	Funnene i studien viser at 65,4 % av de 13 697 pasientene, som var inkludert i studien, deltok på hjerterehabilitering på sykehuset. Risikoen for revaskularisering og reinnleggelse grunnet hjertesykdom blant pasientene som deltok på hjerterehabilitering ble sammenliknet med risikoen for de pasientene som ikke deltok på hjerterehabilitering. Dette ble funnet ut av å bruke matchet-par-analyse basert på en tilbøyelighetscore og en 30-dagers landemerkeanalyse. Resultatene av dette viste at pasientene som gjennomgikk hjerterehabilitering hadde en lavere risiko for revaskularisering og reinnleggelse grunnet hjertesykdom.

4.2 Sammenfattet resultat

4.2.1 Pasientmedvirkning

I studien Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention: An observational cohort study (Yuan og Yuan, 2021) tyder funnene på at pasientmedvirkning er meningsfylt og verdifull for både pasient og sykepleier. Forekomsten av angst og depresjon hos eldre pasienter ble mindre der sykepleieren klarte å etablere et godt sykepleierpasientforhold. Dette bidro til bedre samhandling mellom pasient og sykepleier, som igjen økte pasientens selvfølelse og egenverd. Dette var positivt for å kunne redusere forekomsten av angst og depresjon etter et myokardinfarkt. Et positivt funn i studien, for å redusere angst og depresjon hos pasienten, var å hjelpe pasienten til å gjenoppdage gamle hobbyer igjen. Dette var også med på å redusere angsten og depresjonen hos pasientene til en viss grad.

I studien Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway (Bardsgjerde et al., 2020) tyder funn på at pasientmedvirkning varierte i de ulike fasene av et myokardinfarkt. I akutfasen var det lite fokus på pasientmedvirkning og mest fokus på prosedyrer og behandling etter dette. Ved utskrivelse av pasientene ble det gjort funn av sykepleierne at det manglet tverrprofesjonelt samarbeid, som bidro til å hindre kontinuitet i pasientmedvirkningen. Studien mente at dette måtte styrkes, for kontinuerlig pasientmedvirkning var viktig i forhold til rehabiliteringsfasen, slik at pasientene var motivert for dette.

Utfordringene for å etablere et godt sykepleierpasientforhold var tidspresset som var i den akutfasen og på avdelingen. Enkelte av pleiepersonellet hadde for lite kjennskap og kunnskap til pasienten og diagnosen.

4.2.2 Hjerterehabilitering på sykehus

I studien «The impact of in-hospital cardiac rehabilitation program on medication adherence and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction in the Lazio region of Italy» (Soldati, et al., 2021) tyder funn på at å delta på et hjerterehabiliteringsprogram på sykehuset, er med på å redusere risikoen for sykehusinnleggelse i etterkant grunnet hjerterelatert sykdom. Hjerterehabilitering på sykehus hadde positive effekter etter både 6- og 12 måneders oppfølging, sammenliknet med de som ikke deltok i hjerterehabilitering på sykehus.

I studien «In-hospital cardiac rehabilitation and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention: a retrospective cohort study» (Kanazawa, et al., 2020) ble det også gjort funn på at pasienter som deltar på hjerterehabilitering på sykehus har store fordeler med å redusere risikoen for ytterligere reinnleggelser grunnet hjertesykdom med 19 %. Ved å starte hjerterehabiliteringen på sykehus vil det videre hjelpe pasienten videre på hjerterehabilitering utenfor sykehus etter sykehusutskrivelse.

I studien «Hospital revascularisation capability and quality of care after an acute coronary syndrome in Switzerland» (Welker et al., 2016) gjort funn på at deltakelsen på hjerterehabilitering var noe bedre hos pasientene som var ble utskrevet fra sykehus uten PCI-funksjon. Det var omtrent 2/3 av pasientene som deltok i et hjerterehabiliteringsprogram, med noe høyere deltakelse på sykehus uten PCI-funksjon. Medikamentellbehandling var lik for begge sykehus. 70,8 % av pasientene deltok på røykeavvenningsintervensjoner på sykehus. Denne intervensjonen foregikk kun på sykehus med PCI-funksjon.

For det meste var det sykepleierne ved sykehuset uten PCI-tilbud som hadde ansvar for pasientbehandlingen i akuttfasen og rehabiliteringsfasen. Ved sykehuset med PCI-tilbud var sykepleierne ansvarlige for pasientbehandlingen under PCI-behandling og utskrivning. Kvaliteten på behandlingen var ganske lik på begge sykehusene, men på sykehuset uten PCI-funksjon var det ikke den samme type avansert medisinsk utstyr, og kompetansen til pleiepersonellet var mer variert med tanke på hjertesykdom.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal funnene gjort i de vitenskapelige artiklene, den presenterte teorien og egne erfaringer drøftes. Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan pasientene opplever plutselig sykdom, hva sykepleiers oppgave er ved pasienter som har gjennomgått akutt myokardinfarkt vil være og hva man som sykepleier kan bidra med til sykdomsmestring. Bakgrunnen for denne drøftingen, er at jeg vil finne svar på min problemstilling: *Hvordan kan sykepleier på sengpost fremme sykdomsmestring hos pasienter etter akutt myokardinfarkt?*

5.1 Ivareta pasientmedvirkning for å etablere sykdomsmestring

I teorien som er presentert, er akutt myokardinfarkt noe som rammer svært mange pasienter på verdensbasis. I en eller annen sammenheng som sykepleier vil man oppleve pasienter som enten får et myokardinfarkt eller har gjennomgått sykdommen. I enkelte sammenhenger kan man møte pasienter som trenger støtte og veiledning til den ny oppståtte sykdommen. Som Stubberud (2013) nevner, så er en av sykepleierens viktigste egenskap å tolke pasientens verbale og ikke-verbale signaler under akutt sykdom, for å kunne hjelpe pasienten i riktig retning. Det vil være viktig som sykepleier å danne seg et helhetligbilde av pasienten, og ikke se seg blind på prosedyrestyrt behandling. Som Grov og Holter (2016) nevner så er det svært viktig å la pasienten ta sine egne valg, for å ivareta pasientens bestemmelsesrett under sykehusoppholdet.

I studien til Bardsgjerde et al. (2020) ser man at pasientmedvirkningen i behandlingen varierte i de ulike fasene av et myokardinfarkt. I en begynnende rehabiliterende fase på sykehuset, manglet det et stabilt tverrprofesjonelt samarbeid. Skal man tenke seg til et eksempel kan pasientmedvirkningen brytes opp grunnet ulike sykepleiere og leger som ivaretar pasienten. Det kan være at ulike sykepleiere tolker de ulike signalene pasienten uttrykker gjennom verbal og ikke-verbal kommunikasjon på forskjellige måter. Disse utfordringene kom til syne i studiet til Bardsgjerde et al. (2020) på grunn av tidspress på avdelingen, og at enkelte av pleiepersonellet hadde for liten kjennskap og kompetanse til pasienten og diagnosen.

Resultatet i studien til Yuan et al. (2021) ser man at pasientmedvirkning en viktig faktor for å etablere et godt pasientsykepleierforhold. Dette pasientsykepleierforholdet er meningsfull og viktig, grunnet forekomsten av angst og depresjon hos pasientene (grunnet myokardinfarkt) ble mindre. Skal en sykepleier klare å etablere dette forholdet er det viktig at man ser pasienten, og dens grunnleggende behov. I Stubberuds (2013) teori så skriver han om

Florence Nightingale (1984) som mente at den viktigste egenskapen til en sykepleier er å observere den syke. Dette krever god kompetanse innenfor fysiologien og patofysiologien innenfor sykdommen det dreier seg hos sykepleieren. Denne typen observasjon vil ifølge studien til Yuan og Yuan (2021) bidra til bedre, og mer effektiv samhandling mellom pasient og sykepleier. Dette fører videre til økt selvfølelse og egenverd hos pasienten ifølge Yuan og Yuan (2021).

Det som var felles for studiene, og det man ser på sykehus i dag, er tidspresset som utfordrer det å etablere et godt pasientsykepleierforhold. Dette tidspresset er naturlig nok til stede i den akutte fasen av et myokardinfarkt, men man ser dessverre dette i praksis også når den umiddelbare faren er over og pasienten er tilbake på sengepost for videre observasjon.

5.2 Forskjell på regionsykehus og lokalsykehus

Pasienter som er tilbake på sengepost etter et myokardinfarkt kan ha opplevd helsehjelpen som rask og effektiv. På en annen side kan pasienten ha problemer å håndtere det psykiske pasienten har vært igjennom. Fra et sykepleiersperspektiv er betyr denne overgangsfasen som noe positivt, da pasientens fysiske tilstand er bedre. Stubberud (2013) beskriver denne overgangsfasen fra et pasientperspektiv som forvirrende for pasienten og skape mer stress og angst. Fra et sykepleiersperspektiv kan det sees på som et positivt tegn, ettersom det er et tegn på at pasienten har blitt bedre.

I studien til Welker et al. (2016) så var kvaliteten på behandlingen veldig lik, men de så forskjell i det medisinske utstyret og kompetansen til pleiepersonellet på sykehusene. Det var en mer avansert pleie på sykehus med PCI-funksjon sammenliknet med andre sykehus. Dette kan være en stressfaktor for enkelte pasienter som blir overført til lokalsykehus på sengepost, da pasienten kanskje ikke føler like godt overvåket som i akutfasen på sykehuset. Videre kan pasienten overtenke og frykte det verste.

5.3 Hjerterehabilitering til å fremme sykdomsmestring

I studiene som er presentert i oppgaven er det tre av artiklene som omhandler blant annet hjerterehabilitering til pasienter som har gjennomgått PCI. I studien til Kanazawa et al. (2020) viser resultatene at reinnleggelser grunnet hjertesykdom reduseres med 19 %. Reinnleggelser grunnet andre sykdommer var redusert med 15 %. I Bardsgjerde et al. (2020) sin studie viste

resultatet at hjerterehabilitering er med på å fremme pasientens brukermedvirkning, som igjen førte til bedre å endre livsstil i positiv retning. I studien til Soldati et al. (2020) viste resultatene at hjerterehabilitering på sykehus hadde en beskyttende effekt på uønskede utfall etter et myokardinfarkt.

I Norge så vil man få tilbud om å starte hjerterehabilitering på sykehus. Dette er det mest ideelle ettersom hjertespesialister, undervisningssykepleiere, kostholdsveiledere, ergoterapeuter og fysioterapeuter er tilgjengelige og kan tverrfaglig lage et program tilpasset pasienten. Aktiviteter som for eksempel å sitte opp i sengen, utføre morgenstell og bevege seg på rommet bidrar til hjerterehabilitering, samtidig som pasienten kan føle seg trygt ivaretatt av pleiepersonell (Norsk Helseinformatikk, 2020).

Teorien ifra faglitteraturen og vitenskapelig forskning ser tydelig positive sammenhenger med å starte opp hjerterehabilitering på sykehus. Dessverre, som tidligere nevnt, sier studiene noe om at kompetansen om hjerterehabilitering er varierende og at tidspresstet som er rundt på avdelingene på sykehuset, gjør det vanskelig å tilstrebe god etablering av hjerterehabilitering. Men som sykepleier kan man bruke for eksempel morgenstellet til at pasienten gjør mest mulig selv, og at man er opptatt av hva man serverer pasienten til måltider.

6.0 Konklusjon

Etter funnene i artiklene, og i litteraturen, kan man tydelig se en sammenheng mellom det å starte hjerterehabilitering på sykehus og ha fokus på pasientmedvirkning kan fremme sykdomsmestring hos pasienten. Det å identifisere stressfaktorer hos pasienten, og forsøke å fjerne disse er noe man som sykepleier har som oppgave. Pasientene under akutt sykdom kan ha vanskeligheter å identifisere disse stressfaktorene selv. Observasjon er en svært viktig egenskap sykepleiere må inneha, for å kunne kompensere for pasientens direkte og indirekte mestringsstrategi. Sykepleieren må ha en veiledende funksjon som er tilpasset hver fase i et myokardinfarkt.

Som sykepleier på sengepost må man utøve en undervisende funksjon til pasientene som har gjennomgått et myokardinfarkt. Sykepleieren må sørge for at pasienten som har gjennomgått et myokardinfarkt får tilstrekkelig og tilpasset informasjon på en hensynsfull måte som gir innsikt i sin egen sykdom, før pasienten utskrives fra sykehuset. Dette er et effektivt tiltak for å begynne prosessen med sykdomsmestring.

Det kreves mye kompetanse fra en sykepleier når det kommer til å fremme sykdomsmestring hos pasienter som har gjennomgått myokardinfarkt. Sykepleieren må ha gode kunnskaper innenfor anatomen og sykdomslæren, tolkning av verbale og ikke-verbale signaler, vurdere effekten av begynnende hjerterehabilitering og ivareta og tilpasse pasientmedvirkningen i ulike faser av et myokardinfarkt. Når sykepleieren er bevisst på disse punktene vil dette være starten på å fremme pasientens sykdomsmestring på sengepost.

7.0 Litteraturliste

Arnesen, H. (2022) *EKG*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/EKG> (Hentet: 17. mai 2022).

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide* 3.utg. England: Open University Press.

Bahus, M.K. (2022) *Informert samtykke*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/informert_samtykke (Hentet: 20. mai 2022).

Bardsgjerde, E.K. et al. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing Open*, 7(5), s. 1606-1615. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/nop2.544>

Borthne, A. (2022) *Koronar angiografi*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/koronar_angiografi (Hentet: 17. mai 2022).

Chang, Z. et al. (2020) Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *Aust J Rural Health*, 28(2), 124-131. Doi: <https://doi.org/10.1111/ajr.12587>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2021) *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>. (Hentet: 21.03.22).

Grov, E.K. og Holter, I.M. (2016). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Hem, E. (2020) *Okklusjon*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/okklusjon_-_medisin (Hentet: 17. mai 2022).

Jacobsen, D., et al. (2015) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kanazawa, N. et al. (2020). In-hospital cardiac rehabilitation and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, 10(9), e039096. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039096>

Norsk Helseinformatikk (2020) *Rehabilitering etter hjertesykdom*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/rehabilitering-etter-hjertesykdom/> (Hentet: 30 mai 2022)

Norsk hjerteinfarktregister (2020) *Årsrapport*. Tilgjengelig fra: [Norsk hjerteinfarktregister Årsrapport 2020 nov21.pdf \(kvalitetsregistre.no\)](https://www.hjerteinfarktregister.no/arsrapport-2020-nov21.pdf) (Hentet: 19. mars 2022).

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 28. april 2022).

NTNU (2016) *SPL3903 - Bacheloroppgave i sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/emner/SPL3903#tab=omEmnet> (Hentet: 30. mai 2022).

Olsen, S.J. et al. (2018). Cardiac rehabilitation and symptoms of anxiety and depression after percutaneous coronary intervention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(10), 1017 - 1025. Doi: <https://dx.doi.org/10.1177/2047487318778088>

Soldati, S. et al. (2021) The impact of in-hospital cardiac rehabilitation program on medication adherence and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction in the Lazio region of Italy, *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), s. 1–13. doi: 10.1186/s12872-021-02261-6

Steigen, T. (2018) *PCI*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/PCI> (Hentet: 1. april 2022).

Stubberud, D.G. (2013) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Welker, J. et al. (2016) Hospital revascularisation capability and quality of care after an acute coronary syndrome in Switzerland. *Swiss medical weekly*, vol. 146 w14275. doi: 10.4414/smw.2016.14275

Yuan, L. og Yuan, L. (2021) Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention: An observational cohort study, *Medicine*, 100(33), s. 1–6. doi: 10.1097/MD.00000000000026899

Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E (2015) *Sykdom og behandling*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

