

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Informasjonsbehov hos akutt koronarsyndrom pasienten og sykepleiers rolle



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 21.03.2022]

Kandidatnummer: 5345 og 5131

En dag lik alle andre

Brått sto jeg i det

Hvor nærme jeg var

Vil jeg nok aldri vite

Som lyn fra klar himmel

Klam og svimmel

I det jeg falt, tenkte jeg

Er dette alt?

Med hast ble jeg brakt av sted

Mine nærmeste fikk knapt beskjed

De åpnet det som var tett

Men å huske hva, var ikke lett

Så mange spørsmål

Som jeg nå har

Jeg forstår ikke

Er det mitt ansvar?

-Spl. student, 2022

Sammendrag

Bakgrunn

Akutt koronarsyndrom (AKS) er en av de hyppigste årsakene til død i den vestlige verden. AKS oppstår ofte brått og krever rask behandling for å hindre skade på hjertemuskulaturen eller død. Nyere behandling har ført til redusert dødelighet og kortere sykehusopphold, hvor pasienter ofte blir skrevet ut to til tre døgn etter vellykket behandling. Dette vekket en interesse for å gå i dybden på pasientens informasjonsbehov og sykepleiers rolle.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere informasjonsbehov hos pasienter med AKS gjennom forståelse av deres opplevelse av sykehusoppholdet. Samt også å belyse sykepleiers rolle innenfor dette området.

Metode

Denne oppgaven benytter en integrativ litteraturoversikt basert på fire kvalitative studier. Hvor resultatene av disse diskuteres sammen med relevant teori, egne erfaringer og refleksjoner.

Resultat

Resultatene viser at pasientene tidlig under sykehusoppholdet søker en forklaring på sykdommen og danner sin egen forståelse. Forløpet for denne pasientgruppen er både kort og fragmentert. Noe som fører til utfordringer for pasientdeltakelse og pasientens informasjonsbehov.

Nøkkelord: Sykepleie, akutt koronar syndrom, myokardinfarkt, informasjon, pasientdeltakelse, perkutan koronar intervensjon, fragmentert forløp, pasienters opplevelse, kommunikasjon, kriseteori.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering	1
1.3 Oppgavens hensikt	2
1.4 Begrepsforklaringer	2
2.0 TEORI	3
2.1 AKS og MI	3
2.2 Kommunikasjon	3
2.3 Krise	4
2.3.1 Sjokkfasen	4
2.3.2 Reaksjonsfasen	5
2.4 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	5
3.0 METODE	6
3.1 Hva er metode?	6
3.2 Valg og redegjørelse av metode	7
3.3 Søkeprosess	7
3.3.1 Valg av søkestrategi	7
3.3.2 Valg av databaser	7
3.3.3 Valg av søkeord	8
3.3.4 Valg av artikler	9
3.4 Analyse av artikler	10
4.0 RESULTATER	11
4.1 Pasienters opplevelse av AKS	11
4.1.1 Utfordringer med å håndtere situasjonen	11
4.1.2 Pasientens behov for forståelse	11
4.2 Informasjon	12
4.2.1 Viktighet av informasjon	12
4.2.2 Barrierer mot informasjon	13
4.2.3 Pasientdeltakelse	14
5.0 DISKUSJON	16
5.1 Metodediskusjon	16
5.1.1 Kildekritikk av artiklene og metode	16
5.1.2 Etske forbehold	16
5.1.3 Arena og utvalg av informanter	16

5.1.4 Integrativ litteraturoversikt.....	18
5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Pasientens opplevelse av AKS.....	19
5.2.2 Informasjon	20
5.2.3 Sykepleiers rolle	23
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	24
Referanser	25
Vedlegg 1: Søkelogg	
Vedlegg 2: Litteratormatrise	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Akutt koronarsyndrom (AKS) er en livstruende tilstand og en av de hyppigste årsaker til død i den vestlige verden. I følge FHI ble det i 2015 registrert 22 949 hjerteinfarkt i Norge i 2015. AKS oppstår ofte brått og krever rask behandling for å hindre alvorlig skade på hjertemuskulaturen eller død (Folkehelseinstituttet, 2016, s.13). Dette kan tyde på at de fleste kjenner noen eller er i familie med noen som har gjennomgått en slik dramatisk liv eller død opplevelse. Selv om AKS er en av de hyppigste årsakene for død i den vestlige verden har dødeligheten til denne sykdommen gradvis blitt redusert ved bruk av nyere behandling slik som perkutan koronar intervensjon (PKI).

Bakgrunnen for valg av tema kom fra våre egne erfaringer på kardiologisk sengepost hvor en av oss jobbet 1 år og den andre var i praksis. Vi opplevde at dette var en spennende og utfordrende pasientgruppe å jobbe med. Arbeidsdagen var travel med nesten alltid pasienter på korridor og overbelegg på avdeling med flere anledninger. Noe som medførte et høyt trykk på å ta imot å skrive ut pasienter. De fleste pasientene ble overflyttet flere ganger og skrevet ut etter et kort sykehusopphold. Dette medførte utfordringer for få utført våre egne arbeidsoppgaver, som da vekket en interesse for å undersøke pasienters erfaringer og om deres informasjonsbehov ble møtt.

1.2 Problemformulering

Informasjonsbehov hos akutt koronarsyndrom pasienten og sykepleiers rolle

Ifølge European Society of Cardiology har omfanget av effektivisering og økningen av suksessfulle PKI- prosedyrer ført til drastisk reduksjon i tid før utskrivelse. Flere og flere pasienter blir skrevet ut så tidlig som to til tre døgn etter vellykket PKI (Ibanez et al., 2018, s. 142). Dermed har pasientene og sykepleierne kort tid på gi og motta tilstrekkelig informasjon pasientene vil trenge for å forstå årsakene til sykdommen og betydningen den vil ha for deres videre liv. Videre vil dette også være en stor utfordring for pasientens mulighet for å delta i egen behandling. Ettersom informasjon er en nødvendig forutsetning for pasientdeltakelse (Helsedirektoratet, 2018). Dermed er det et behov for mer kunnskap om pasientens informasjonsbehov og sykepleiers rolle for dette.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere informasjonsbehov hos pasienter med AKS gjennom forståelse av deres opplevelse av sykehusoppholdet. Samt belyse sykepleiers rolle innenfor dette området.

1.4 Begrepsforklaringer

AKS: Et samlebegrep som innebærer Ustabil Angina pectoris (UAP), Non-ST Elevert Myokardinfarkt (N-STEMI) og ST-Elevert Myokardinfarkt (STEMI). Dermed inkluderer myokardinfarkt (MI) både N-STEMI og STEMI (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 168). AKS brukes ofte som en arbeidsdiagnose for akutte brystmerter som gir mistanke om koronarsykdom (UAP eller MI), hvor endelig diagnose enda ikke er stilt (NHI, 2020).

Myokard Infarkt: Også kjent som hjerteinfarkt. Et hjerteinfarkt oppstår når blodsirkulasjonen til hjertemuskulaturen blir nedsatt eller blokkert, dette fører til at hjertets muskulatur (myokard) ikke får tilstrekkelig oksygen og næring som vil føre til vevsdød (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s.168). Patofysiologien til et myokardinfarkt vil bli ytterligere forklart i teorikapittelet

PKI: En behandling hvor man bruker angiografi i tillegg til stenting for å behandle MI. Et kateter blir ført inn gjennom en arterie i lysken eller håndleddet videre til den tette kransarterien. Her blir det sprøytet inn kontrast og tatt bilder med røntgen. Deretter blir ett eller flere nett (stent) plassert for å holde arterien(e) åpne og sørge for blodsirkulasjon til hjertemuskulaturen (NHI, 2021).

Sekundærprevensjon: Viser til tiltak for forhindring av gjentagende kardiovaskulære sykdommer gjennom blant annet rehabilitering, medisiner og livsstilsendring (World-heart-federation, 2015). I denne oppgaven brukes sekundærprevensjon som et samlebegrep for forebyggende tiltak mot nye AKS slik som livsstilsendringer og hjerterehabilitering.

2.0 TEORI

2.1 AKS og MI

AKS blir årsaket av sirkulasjonsforstyrrelser til hjertemuskulaturen (myokard), grunnet redusert blodtilførsel på grunn av trange eller tilstoppede koronararterier som omkranser hjertet. Når tilførselen av arterielt blod er mindre en vevets behov for oksygen, kan dette føre til skade på myokard (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 167). Når myokard ikke får tilstrekkelig oksygen vil det utsatte vevet dø, dette regnes som et myokardinfarkt eller hjerteinfarkt på folkemunne. Myokardinfarkt oppstår som oftest grunnet aterosklerose eller arteriell trombose. Aterosklerose er en ansamling av fettceller, spesielt kolesterol og hvite blodceller i karveggen i mellomstore og store arterier, dette kan over tid føre til forsnevring i karveggen (NHI, 2020). Arteriell trombose oppstår når arteriens endotel er skadet, dette frigjør faktorer som aktiverer blodplatene og stimulerer til trombedannelse som da kan blokkere for sirkulasjonen til myokard (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 98).

2.2 Kommunikasjon

Når man blir syk og hjelpetrengende slik som ved AKS får man et stort behov for informasjon og kunnskap (Eide & Eide, 2016, s. 292). Informering og veiledning er en av sykepleierens viktigste oppgaver. Økt kunnskap gir en følelse av kontroll, både kognitivt og instrumentelt (Eide & Eide, 2016, s. 293). Pasienter har forskjellig behov når det kommer til informasjon. Sykepleier må da finne ut hva pasienten trenger informasjon om, og gi dette på en måte slik at informasjonen oppleves relevant for den andre. Informasjonen bør bidra til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig for pasienten. Den bør derfor komme på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten vet hvordan en skal forholde seg til situasjonen (Eide & Eide, 2016, s. 293).

Som sykepleier vil man ofte være en viktig ressurs for pasientens kunnskap og forståelse. Dette kan ha stor påvirkning på pasientens evne og følelse av å kunne mestre sin situasjon. Pasientinformasjon er i stor grad lineær formidling av kunnskap, som da innebærer direkte formidling fra sykepleier til pasient. God formidling forutsetter imidlertid at den skjer i dialog og på pasientens premisser (Eide & Eide, 2016, s. 292). Å tilpasse informasjonen til pasientens behov krever omtanke. Det gjør også selve formidlingen, siden informasjonen skal frem. Pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig samt oppleve å bli ivaretatt på en god måte (Eide & Eide, 2016, s. 293).

2.3 Krise

Alvorlige og vanskelige livshendelser slik som AKS går ofte under fellesbetegnelsen “krise”. Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide & Eide, 2016, s. 166). Man skiller mellom fire faser av menneskers normale krisetilstand, disse er: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen, nyorienteringsfasen. I forhold til oppgavens relevans har vi valgt å ta utgangspunkt i de to første fasene. Innenfor pasientforløpet hos pasienter med AKS kan det oppstå nye uventede situasjoner som kan føre til ytterligere kriser (Eide & Eide, 2016, s. 167). Fasene flyter ofte over i hverandre, som da betyr at fasene sjelden kan avgrenses klart. Derimot kan faseinndelingen være et hjelpemiddel til å forstå pasientens reaksjoner og de behovene pasientens har (Eide & Eide, 2016, s. 169)

2.3.1 Sjokkfasen

Normalt sett kan en ikke se på pasienten at pasienten er i sjokkfasen. Foruten om reaksjoner som panikk og apati vil dette være en indre prosess. I sjokkfasen har man normalt dårlig kontakt med sine følelser, og vurderings- og tenkeevne er nedsatt. Pasienten vil ha et stort behov for praktisk hjelp, informasjon og omsorg (Eide & Eide, 2016, s. 176). Pasienter i sjokkfasen kan reagere på forskjellige måter, de to forsvarsmekanismene som dominerer i denne fasen er “splitting” og “benektelse”. Å splitte innebærer å skyve det som oppleves som truende ut av bevisstheten og holde det borte ved hjelp av en ubevisst kraft. Man setter nærmest opp et mentalt gjerde mellom seg selv og det truende, slik at dette gjøres til noe som oppleves som forskjellig fra seg selv, som “ikke-meg” (Eide & Eide, 2016, s. 176). Benektelse anses som en forlengelse av splitting, og innebærer at pasienten benekter fakta rundt pasientens sykdom til fordel for egne forklaringsmodeller (Eide & Eide, 2016, s. 176). Informasjon gitt i sjokkfasen blir ofte feiltolket eller bare delvis oppfattet, og må derfor ofte gjentas senere. Selv om pasienten ikke opptrer påfallende på noen måte, har altså vedkommende gjerne noe nedsatt bevissthet, og er ofte ute av stand til å beskrive sitt eget behov for hjelp (Eide & Eide, 2016, s. 178).

2.3.2 Reaksjonsfasen

I reaksjonsfasen begynner man å ta det som har skjedd innover seg, man slipper sannheten nærmere, og dermed også de følelser og reaksjoner som dette vekker i en (Eide & Eide, 2016, s. 178). Hvor lang tid det tar før reaksjonsfasen kommer i gang, kan variere sterkt. For dem som har vært utsatt for en katastrofe, med overhengende fare for eget liv og tap av nære, kan opplevelsen av uvirkelighet sitte i lenge (Eide & Eide, 2016, s. 179). Ved kriser utløst av sykdom, diagnose eller innleggelse vil reaksjonene kunne komme ganske umiddelbart når vedkommende begynner å erkjenne situasjonen. Desto mer alvorlig sykdommen er, jo sterkere vil vanligvis den psykiske påkjenningen og de følelsesmessige reaksjonene være, og desto viktigere er det at hjelperen er i stand til å møte disse reaksjonene med en åpen og lyttende holdning (Eide & Eide, 2016, s. 178). I reaksjonsfasen er det gjerne følelser og tanker som oppleves så truende at de helst holdes unna. Å gi rom til pasienter til å dele og snakke om disse følelsene kan bidra til man raskere kan begynne å bearbeide erfaringene (Eide & Eide, 2016, s. 180).

2.4 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til informasjon og pasientdeltakelse. Pasienten skal tilegnes den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen kan unnlates dersom det er nødvendig for å beskytte pasientens liv eller helse. Videre skal informasjonen ikke gis mot pasientens vilje dersom de uttrykker dette (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-2). Pasienters rett til pasientdeltakelse er også forankret i pasient- og brukerrettighetsloven "*Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon*" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-1). Dermed har pasienter rett til å medvirke valget av behandlingsmetoder ut fra deres evne til å gi og motta informasjon.

I følge NSF's yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier fremme pasientenes mulighet til pasientdeltakelse ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon samt også forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er redskapet som ble anvendt i møtet med det vi ville undersøke. Dette redskapet ble brukt for å samle inn informasjonen vi trengte for vår hensikt (Dalland, 2017, s. 51-52).

Dermed var metode den systematiske fremgangsmåten vi benyttet for innsamlingen av informasjon for utdypning av vår problemstilling. Innhenting av data kan bli gjort både empirisk eller gjennom litteraturoversikter. Hvor førstnevnte hentet data fra en primærkilde gjennom f.eks. intervju. Sistnevnte baserte seg på en sekundærkilde med allerede eksisterende data, slik som blant annet forskningsartikler (Thidemann, 2019, s. 74-75). Hovedsakelig blir det benyttet en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming, men det kan også bli brukt en kombinasjon av disse.

Kvantitative metoder hadde fordelen av at data ble gitt i form av målbare tall og statistikk. Denne tilnærmingen var gunstig for å frem bredden på et område. Slik som for eksempel: "Hvor stor andel av befolkningen hadde gjennomgått et hjerteinfarkt?". Metoden tilstrebet å få frem det representative hvor forskeren så saken utenfra. Altså tydeliggjøring av det som var felles fra et nøytralt standpunkt. De kvantitative metodene tok for seg data som ikke lot seg tallfeste slik som holdninger og opplevelser. Ved bruk av denne tilnærmingen kunne en gått mer i dybden på hvordan en pasient opplevde et hjerteinfarkt (Dalland, 2017, s. 52- 53). Kvalitativ data ble samlet inn gjennom direkte kontakt mellom intervjueren og i dette tilfelle pasienten. Dette innebærer at intervjueren fungerte som et instrument for undersøkelsen. Som medførte at intervjuerens evne til å få kontakt med pasienten ville påvirke intervjuet og dermed utfallet av undersøkelsen (Dalland, 2017, s.54).

Innenfor forskning ville ikke en av metodene kunne regnes som den eneste rette. Kvantitative forskere tolket ofte resultatene sine og kvalitative undersøkelser ville også være preget av kvantifisering gjennom for eksempel funn av fellestrekk i undersøkelsen. Noe som betydde at disse tilnærmingene ofte bar preg av hverandre (Dalland, 2017. s. 54). Kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming ble definert som metodetriangulering. Dersom en kombinasjon av ulike metodetilnærminger kom frem til samme resultat kan dette ha vært et sterkt argument for at studiens resultat var gyldig (Thidemann, 2019, s. 77).

3.2 Valg og redegjørelse av metode

Denne bacheloroppgaven har benyttet en integrativ litteraturoversikt basert på fire kvalitative forskningsartikler. Litteraturoversikter ble brukt for utforming av en strukturert oversikt over et begrenset kunnskapsområde. Som igjen skapte grunnlag for kritisk granskning. En slik metode kan bli utført både allment og integrativt (Friberg, 2017, s. 144). Hovedforskjellen var da at en integrativ litteraturoversikt dro egne konklusjoner fra resultatene for å skape en ny helhet. Noe som innebar å ta det et steg lengre enn en allmenn litteraturoversikt hvor en heller gjorde en beskrivende presentasjon av resultatene (Friberg, 2017, s. 150).

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

I henhold til Fribergs metode ble systematisk litteratursøking benyttet som søkestrategi. Gjennom dette ble søkeprosessen delt i to hoveddeler: innledende søk og faktisk søk. Dette resulterte med funn av gjentakende problemområder som samsvarte med oppgavens utgangspunkt (Friberg, 2017, s. 61). Det innledende søket startet med å lese gjennom tidligere bacheloroppgaver, oppslagsverk og artikler. Dette for å få en økt forståelse av temaet, for så å kunne avgrense det faktiske søket. Det ble deretter besluttet å benytte følgende utvalgsriterier for forskningsartiklene i det faktiske søket:

1. Dataen til artiklene var hentet fra land med tilnærmet likt helsesystem som i Norge (Vest-europa eller Skandinavia).
2. Artiklene var relevante til sykepleiefaget og fokuserer på pasient- eller sykepleieperspektiv
3. Pasientene i studiene hadde diagnosen AKS eller MI
4. Artiklene baserte seg på sykehusoppholdet
5. Artiklene måtte være fagfellesvurderte, kvalitative og ikke eldre enn 10 år

3.3.2 Valg av databaser

For å finne kvalitative studier som samsvarte med oppgavens problemstilling ble databasene SWEMED, Oria, CINAHL og Pubmed anvendt. Gjennom det innledende søket viste det seg at disse databasene hadde forskning som var relevant til sykepleiefaget. Under det faktiske

søket ble det først brukt SWEMED da det var ønskelig med skandinaviske forskningsartikler, derimot ga dette ikke noe relevante resultat. Derfor ble CINAHL utprøvd, hvor en ikke klarte å spisse søket tilstrekkelig nok for å avgrense søket. Dette førte til anvendelse av Pubmed og Oria hvor det ble funnet respektivt en og tre artikler.

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne litteratur til oppgaven ble databasen PUBMED anvendt med søkeord slik som «Acute Coronary Syndrome», «Patient», «Experiences» og «Qualitative». Dette førte til et søk med 37 treff. Deretter startet gjennomgangen av overskrifter og abstrakter til fem av artiklene, der tre artikler ble lest gjennom fullstendig. Hvor artikkelen «Life is lived forwards and understood backward – Experiences of being affected by Akutt koronarsyndrom» ble valgt. Deretter fortsatte søket med å kombinere overnevnte søkeord med «Patient OR Patients» og «Myocardial infarction». Dette førte ikke til et nevneverdig resultat på denne databasen og heller ikke på CINAHL. Derfor ble databasen ORIA anvendt med tidligere nevnte søkeord sammen med «Narratives» dette førte til totalt 2563 treff. Ved å begrense søket til siste 5 år og bruk av søkefrasen «Patient participation» som var blitt brukt i tittelen på andre artikler ved tidligere søk ga dette 85 treff. Etter å ha lest gjennom overskrifter som virket relevante ble tre undersøkt nøyere. Etter gjennomgang av abstrakt og artiklene ble det besluttet å bruke to av disse artiklene. Hvor en baserte seg på pasientens perspektiv og den andre på sykepleiernes. Artiklene er som følger: «Patient's narratives of their participation in the myocardial infarction pathway» og «Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway».

Deretter var det ønskelig å finne flere kvantitative artikler om pasienters opplevelse og tanker om AKS/MI. Søkeordene som ble brukt var «qualitative», «change», «patient» og «Nurs*» i tillegg til søkefrasene «After myocardial infarction» OR «After Akutt koronarsyndrom». Noe som ga totalt 9336 treff ved å bytte ut «patient» med søkefrasen «patient reflections» som var brukt i andre artikler ble søket spisset til 18 treff. Etter å ha lest gjennom abstraktene til artiklene som virket aktuelle ble følgende artikkel valgt «Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of reflections at hospital discharge after myocardial infarction».

3.3.4 Valg av artikler

Innenfor det faktiske søket ble flertallet av artiklene ekskludert på grunn av manglende relevans til oppgavens hensikt. Det ble satt krav om at forskningsartiklene baserte seg på sykehusoppholdet innenfor land med lignende helsesystem som i Norge, derfor ble flere artikler ekskludert som resultat av feil arena. Artiklene skulle også være kvalitative og basert på perspektivet til pasient eller sykepleier. Ettersom at funnene i artiklene skulle samsvare med oppgavens hensikt og kunne bli overført til egen praksis. Videre var det satt krav for at artiklene var fagvurderede og ikke eldre enn 10 år, for å forsikre gyldighet og pålitelighet av forskningen. For å sikre relevans er valget av artikler basert på Dalland (2017) sine krav til data. Som innebar at artiklenes hensikt var relevante, men også at intervjuobjektene og spørsmålene som ble stilt er relevante til problemstillingen (Dalland, 2017, s. 60). De fire artiklene som ble valgt samstemte med de overnevnte kravene. Dette resulterte i 4 kvalitative artikler fra Norge og Sverige fra de siste 8 år. Hvor en baserte seg på sykepleier-perspektiv og tre er i pasientperspektiv. Forskningsartiklene som ble valgt vises i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1:

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Fåln, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M., 2016, <i>A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.</i>	Pasientens refleksjoner rundt sykehusopphold etter gjennomgått MI	Identifisere faktorer som påvirker pasientenes forutsetninger for videre endring.	Pasienter	-Kvalitativt -Individuelt intervju, Strategisk utvalg -20 MI-pasienter
Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I., 2014, <i>Experiences of being affected by Akutt koronarsyndrom: A narrative analysis</i>	Pasientens opplevelse av sykehusoppholdet innlagt med AKS	Utforske pasientens opplevelse av sykehusoppholdet innlagt med AKS	Pasienter	-Kvalitativt -Individuelt intervju, Strategisk utvalg

				-12 pasienter (5 UAP og 7 MI)
Bårdsgjerde, E. B., Kvangarsnes, M., Landsta, B., Nylenna, M. & Hole. T. 2018. <i>Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway</i>	Pasienters opplevelse av pasientmedvirkning i ulike fasene av MI sykehusoppholdet.	Utforske hvordan pasienter i områder med og uten PKI fasiliteter opplever pasientmedvirkning i de forskjellige fasene av behandlingsforløpet for MI.	Pasienter	-Kvalitativt -Individuelt intervju, Strategisk utvalg -10 MI-pasienter
Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole. T., Nylenna. M., Gjeilo. K. H., Kvangarsnes. M., 2020, <i>Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway.</i>	Sykepleierens oppfatning av pasientmedvirkning i de ulike fasene av MI forløpet.	Utforske sykepleierens oppfatning av pasientmedvirkning i de ulike fasene av MI.	Sykepleiere	-Kvalitativt -Strategisk utvalg m/ fokusgrupper - 22 sykepleiere

3.4 Analyse av artikler

Friberg definerte analyse som å gå fra helhet til deler og deretter til en ny helhet. Hvor den nye helheten skapes av deler fra de tidligere helhetene til artiklene (Friberg, 2017, s.135). Noe som ble utført ved at begge forfatterne leste gjennom artiklene individuelt flere ganger. Deretter ble funn som var sterke, avvikende og gjentakende identifisert. Funnene ble så sammenlignet med hverandre og satt i lys av oppgavens hensikt. Dette innebar en datareduksjon hvor bare nøkkelfunn sto igjen. Disse ble så tilspisset og plassert inn i hoved- og underkategorier. Analysearbeidet resulterte da i to hovedkategorier med totalt fem underkategorier. Dette vil bli presentert i resultatdelen nedenfor.

4.0 RESULTATER

Analysen av forskningsartiklene resulterte i to hovedkategorier og fem underkategorier som de mest relevante for å besvare oppgavens problemstilling.

Tabell 2:

Hovedkategori	Underkategori
Pasienters opplevelse av AKS	Utfordringer med å håndtere situasjonen Pasientens behov for forståelse
Informasjon	Betydning av informasjon Barrierer mot informasjon Pasientdeltakelse

4.1 Pasienters opplevelse av AKS

4.1.1 Utfordringer med å håndtere situasjonen

Funnene viste at det å gjennomgå AKS kunne var en utfordrende opplevelse som dette sitatet viste. "...since you could not breathe properly, you got a little panicked, actually" (Fors et al., 2014, s. 434). Hvor en pasient oppga vansker med å håndtere symptomene av sykdommen. I den akutte fasen forklarte pasientene at de slet med å forstå situasjonen. En gjentakende frase som kom fram fra analysen var "*I did not get any warning*" (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068). Dette bekreftet at sykdommen ofte kom brått og uten forvarsel. For pasientene var den akutte fasen ofte preget av frykt og angst. En frykt for å dø kunne oppstå når man ble innlagt på sykehus, slik som følgende sitat understreket: "*And then you become afraid that it will go bang and then it will be over*" (Fors et al., 2014, s. 433).

4.1.2 Pasientens behov for forståelse

Resultatene fra analysen viste at pasienter med AKS søkte en forklaring på sykdommen og dannet deres egen forståelse. Flere av pasientene ønsket en forklaring på årsaken til sykdommen, selv om grunnen var dem selv: "... *it's a little easier actually if you get an*

explanation ... I can't blame anyone else that i got this, it's my own, my own fault, so to speak" (Fors et al., 2014, s.434). Noe som ble videre understreket her: *"Coming to terms with their situation began as early as their hospital stay, whether it was their smoking, ...workload, stressful life event or other possible factors that triggered the MI."* (Fålnun et al., 2016, s. 499) Videre viste resultatene at pasienten dannet sin egen forståelsesmodell for sykdommen. *"Because then it feels like, now I, now I come to the conclusion myself... Not that there's a doctor that tells me that this is due to this and this, instead this is what I myself believe..."* (Fors et al., 2014, s. 434). Her kom det også frem at pasienten valgte å basere seg på sin egen forståelse fremfor det de ble fortalt av helsepersonell. Dette poenget ble videre understreket av følgende sitat fra samme studie: *"I think it's important to embrace your own model related to the disease because you get so much information"* (Fors et al., 2014, s. 434). Hvor det også kom frem at pasienten erfarte en overveldende mengde informasjon. Noen pasienter rapporterte at de fikk inntrykk av PKI-proseduren ikke var noe utenom det vanlige *"It seemed like it was something that they had done several times before and that it actually was not a severe intervention"* (Bårdsgjerde et al., 2018, s 1068). Dette viste at PKI-behandlingen kunne bli oppfattet mer som en rutinebehandling enn et livsnødvendig inngrep.

4.2 Informasjon

4.2.1 Viktighet av informasjon

Under sykehusoppholdet hadde pasientene et stort behov for informasjon både for mestring av situasjonen, men også for forståelse av sykdommens omfang. *"How much exercise can I tolerate? Can I drive? Do I have to be careful with heavy lifting? I need a lot of information before my discharge."* (Fålnun et al., 2016, s.498). Dette sitatet viste en pasient med et stort informasjonsbehov. En sykepleier oppga også viktigheten av at informasjon ble gjentatt. *"it seems to be a reassurance for the patients that the physician confirms the information that we have already given"* (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1610). Hvor også betydningen av at informasjon fra sykepleiere og leger samsvarte kom frem. En av sykepleierne oppga at pasientene ofte var engasjerte og søkte informasjon knyttet til AKS. *"I experience that the patients often are engaged and ask what they can do themselves to prevent another event"* (Bårdsgjerde et al, 2020, s. 1610). Her viste også sitatet at pasienter ofte oppsøkte informasjon angående sekundærprevensjon.

4.2.2 Barrierer mot informasjon

I analysen ble det identifisert flere barrierer mot informasjon både hos sykepleiere og pasienter. Under akuttfasen ble livsnødvendig behandling prioritert over informasjon. ” *You do not delay an angiography because the patient should be very well informed*” (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1609). Under innleggelsen ble pasienten overflyttet mellom flere avdelinger som følgende sitat fra en sykepleier viste: ” *First they are admitted, then they go to the catheterization laboratory and then to the intensive care unit until the evening before they are coming back to the cardiac ward. And often, the next day, they are discharged*” (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1610). Dette tydeliggjorde at sykehusoppholdet var både kort og preget av et fragmentert forløp. Det kom også frem at sykepleierne måtte prioritere tid på organisering av hjemreisen til pasienter som bodde langt unna. ” *It is not easy to get people back home in the rural areas that you are not familiar with yourself* (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1612). I analysen kom det også frem at pasientenes mottakelighet for informasjon varierte mye innenfor sykehuset. Noe som ble understreket fra både pasient- og sykepleieperspektiv i forskningsartiklene. ” *... If they had told me much more at the hospital I do not know if i could have grasped it*” (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1069). Sykepleierne forklarte at pasientenes reaksjon under behandling varierte hvor noen var åpne for å snakke om sekundærprevensjon under PKI-behandlingen (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611).

Analysen resulterte i varierende og avvikende funn angående informasjon i akuttfasen. En pasient fortalte følgende: ” *The physician put on the ECG electrodes and probably he saw that I had an ongoing myocardial infarction. Then, he called for an ambulance, and I heard them discussing back and forth*” (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068). Her måtte pasienten selv tolke hva som skjedde. Sykepleieren hadde da ofte et inntrykk av at pasienten ikke var mottakelig for informasjon: ” *They are not receptive to much information; their focus is often here and now*” (Bårdsgjerde et al., 2020, s.1609). Pasientene hadde også et varierende nivå av bevissthet under dette stadiet. Pasientene varierte mellom helt våkne og informerte til kritisk syke og redusert bevissthetsnivå (Bårdsgjerde et al., 2020, s.1611). Pasientene fikk varierende grad av verbal informasjon i akuttfasen. ” *They told me that it was a myocardial infarction and they gave me some medicine directly in my blood vessels. If the medication did not work, I would be transferred*” (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068). Hvor pasienten her oppga å ha fått kort og konkret informasjon. En annen pasient fortalte om manglende verbal informasjon i

akuttfasen: *“They did not say anything. Except the chief physician saying; you will be transferred immediately”* (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068).

Videre kan også pasientenes behov for tilpasset informasjon føre til utfordringer. En pasient ønsket konkret informasjon angående fysisk aktivitet hvor en pasient fortalte å ha fått følgende oppskrift *“Tomorrow you can start walking 500 m on flat road and then you can gradually increase the distance and accelerate”* (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068). Det var også behov for tilpasset informasjon om hvordan pasientene skulle leve med sykdommen *“I hope they can tell me what to do and how much pain I could expect until something will go wrong with me ... and when I have to take action”* (Fålun et al., 2016, s. 499). Videre fortalte også sykepleiere at pasientene trengte tilpasset informasjon under PKI-proseduren. *“Some will know everything; others do not want to know anything. Some will look at the screen; others will not. And some of them will just have it done without any questions”* (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611) Sykepleiere erfarte også at pasienter ofte reise hjem uten informasjonsskrivet de var blitt utdelt: *“they reported that a well-known problem was that the patients left the pamphlets behind at discharge”* (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1612). Som viste at skriftlig informasjon ofte ikke var tilstrekkelig.

4.2.3 Pasientdeltakelse

Forståelsen av nødvendig informasjon var en forutsetning for at pasienten skulle delta i egen behandling, slik som følgende sitat fra en sykepleier poengterte. *“If the patients are supposed to take part in decisions, it requires a great deal of information and that the patients really understand the information they have received”* (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611). I noen tilfeller førte AKS til økt motivasjon for pasientdeltakelse. *“...now I have the chance...to find out as much as possible about how to avoid worsening the condition of my blood vessels...I want to do what I can”* (Fors et al., 2014, s. 434). Dette sitatet viste at pasienten kunne få økt motivasjon til både å lære mer om sykdommen og forhindring av nye tilfeller. Som blir videre forsterket av et lignende sitat *‘The positive effect of this heart attack is that you get a kick in your ass. If I just keep on going, I’m sure I will end up here at the hospital again’* (Fålun et al., 2016, s 498). På den andre siden var det noen ikke ønsket å endre nåværende livsstil. *“I have a healthy diet; I eat fish four times a week and I eat fruit. I can’t see what else I can do”* (Fålun et al., 2016, s 498-499). Hvor en pasient benektet ytterligere behov for endring av livsstil. Sykepleiere tilstrebet motivasjon og deltagelse på rehabilitering under innleggelse.

Hvor de opplevde at de pasientene som trengte det mest ofte takket nei til rehabilitering. “*We cannot make changes if the patients do not take part in it*” (Bårdsgjerde et al., 2020, s.1612). Dette viste at høy grad av autonomi også kunne ha negative konsekvenser.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kildekritikk av artiklene og metode

For å sikre studienes reliabilitet og validitet var det essensielt med kildekritikk og kritisk vurdering av metoden som har blitt anvendt. Hvor validitet omhandlet gyldighet og relevans og reliabilitet viste til pålitelighet i målingene som har blitt gjort (Dalland, 2017, s. 40). Etter å ha søkt opp bakgrunnen til forskerne bak artiklene kom det frem at forfatterne hadde bakgrunn fra sykepleie, medisin og helsevitenskap. Som da alle var alle relevante for sykepleiefaget. Flertallet av forfatterne hadde professor- eller doktorgrad innenfor sitt felt. I tillegg var alle artiklene fra fagfellevurderte tidsskrifter (Dalland, 2017, s. 159-160). Dermed tydet kilden til artiklene og den faglige bakgrunnen til forskerne på at forskningen er pålitelig, gyldig og relevant. Alle fire forskningsartiklene som har blitt brukt i denne oppgaven har basert seg på kvalitativ metode, hvor det var benyttet strategisk utvalg. Noe som innebar en begrenset datamengde og at utvalget av informanter kunne ha påvirket resultatene. I tillegg kunne forskerne som utførte intervjuene ha påvirket resultatet gjennom kontakten de får med intervjuobjektene. Derimot var kvalitativ metode absolutt nødvendig for funn av relevante data om erfaringene og opplevelsene til pasienter og sykepleiere.

5.1.2 Etske forbehold

De fire studiene som denne oppgaven baserer seg på har blitt godkjent av regionale komitéer. Det ble samlet inn skriftlig samtykke, hvor informantene også ble informert at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Sykepleierne i studien til Bårdsgjerde (2020) ble i tillegg bedt om å anonymisere pasientene i historiene og fortellingene de kom med. Dataene i samtlige studier ble behandlet med full konfidensialitet. Ingen av forfatterne oppga heller noen interessekonflikter. Dette understreket at etiske forhold var ivaretatt i studiene.

5.1.3 Arena og utvalg av informanter

Arenaen for forskningen og utvalget av informanter hadde stor betydning for oppgavens pålitelighet og overførbarhet til praksis. Forskningen i samtlige artikler var fra skandinavia. Hvor tre var utført i Norge (Bårdsgjerde et al., 2018, Bårdsgjerde et al 2020. & Fåln et al.)

og en i Sverige (Fors et al., 2014). Dette sørget for et sterkt grunnlag for overførbarhet til praksis ved at forskningen ble utført helsesystem i Norge og Sverige.

Samtlige av studiene har benyttet strategisk utvalg for å rekruttere informanter til studiene. Som da var en nødvendighet for å finne pasienter med AKS eller MI og sykepleiere som jobbet innenfor kardiologisk sykepleie. Derimot medførte dette en større risiko for at utvalget ble selektivt. Artikkelen i sykepleieperspektiv har hentet informanter fra 2 norske sykehus hvor inklusjonskriteriene var: Jobbet innenfor kardiologisk sykepleie og minst 1 års erfaring. Utvalget besto da av et bredt utvalg med både menn og kvinner med varierende erfaring og utdanning. Dataene ble samlet inn gjennom 5 fokusgrupper med 3-5 deltakere (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1608). Som kan ha medført variasjon i hvor mye hver enkelte deltaker bidro med av informasjon. Innenfor studiene i pasientperspektiv Fåln (2016), Fors (2014) og Bårdsgjerde (2018) ble rekrutteringen og intervjuene gjort under sykehusoppholdet i de to førstnevnte. I den sistnevnte ble pasientene rekruttert fra hjerterehabilitering og intervjuet 3-5 måneder etter sykehusinnleggelsen. Alle intervjuene ble utført på et privat rom med bare intervjuer og pasient tilstede. Fellestrekk for inklusjon var da diagnosen AKS eller MI og mulighet for å delta på intervju. Som har vært en nødvendighet for å finne relevante informanter. Hvor studien til Fåln (2016) ytterligere ekskluderte de uten norsk forståelse. Som kan ha betydd eksklusjon av pasienter med minoritetsbakgrunn. I studien til Bårdsgjerde (2018) var utvalget noe kritikkverdigg. Ettersom pasientene ble rekruttert fra hjerterehabilitering, hvor bare 27,6% av norske pasienter deltar etter PKI-behandling (Olsen, Schirmer, Bønaa & Hanssen, 2017, s. 275). I tillegg var pasientene uten tidligere alvorlige sykdommer, som kan tyde på at utvalget er blitt skjevt. Dette kan bety at utvalget har påvirket resultatet for denne studien (Dalland, 2017, s. 56).

I studiene i pasientperspektiv var det totalt 42 pasienter med AKS/MI deriblant 27 menn og 15 kvinner. Noe som samsvarte med statistikken for prevalens av AKS i befolkningen hvor menn er betydelig overrepresentert (Løge, 2016). Artikkelen til Bårdsgjerde (2020) intervjuet 22 sykepleiere hvor 19 var kvinner og 3 menn. Dette samsvarte med kjønnsbalansen innenfor yrket i Norge hvor det var omtrent 10% menn og resten kvinner (Karlsmoen, 2022). Alderen på pasientene varierte fra under 40 år helt opp til over 90 år i de 3 studiene. Dette tydet samlet sett på et bredt og representativt utvalg av informanter i pasientperspektiv selv om studien til Bårdsgjerde (2018) hadde et selektiv utvalg.

5.1.4 Integrativ litteraturoversikt

Opprinnelig ville vi valgt et empirisk utgangspunkt ettersom dette ville gitt mulighet for å samle inn data direkte knyttet til oppgavens hensikt. Dette ville vært veldig utfordrende tidsmessig ettersom en måtte ha funnet intervjuobjekter og fulgt strenge etiske retningslinjer. Derfor ble integrativ litteraturoversikt valgt som metode da den var mindre tidkrevende. Andre fordeler var at informasjonen ble presentert på en oversiktlig måte og ga muligheten for å trekke egne konklusjoner. Svakheter for den valgte metoden innebar bruk av en begrenset mengde av relevant forskning. I tillegg var det en risiko for at forskningsutvalget ble selektivt ettersom artiklene var valgt basert på forfatterens standpunkt og hensikt (Friberg, 2017, s. 143). Noe som også kan ha blitt ytterligere forsterket av oppgavens tidspress. Denne oppgaven brukte fire forskningsartikler med kvalitative studier. Disse ble valgt ut tidlig for progresjon av oppgavens utformelse. Denne metoden ble valgt for å gå i dybden på pasienters opplevelse av AKS og deres informasjonsbehov. Siden dette var noe som ikke lot seg tallfeste eller måles (Dalland, 2017, s. 52). Hvor det også ble valgt en artikkel i sykepleiernes perspektiv. Siden dette var en pasientgruppe vi hadde begrenset erfaring med selv, bidro dette med kunnskap og erfaringer vi selv ikke hadde tilegnet oss.

Oppgaven startet originalt med en bredere problemformulering, som har blitt snevret inn under utformingen. Dette viste at oppgavens utgangspunkt ikke hadde god nok avgrensning. Derfor kunne bedre avgrensning ha ført til bedre søk etter forskningsartikler tidligere i prosessen. Oppgaven kunne også blitt begrenset til å kun omhandle MI fremfor AKS ettersom oppgaven hadde manglende fokus på pasienter med UAP. Likevel mener forfatterne av oppgaven at forskningsartiklene har vært relevante og pålitelige for oppgavens hensikt siden forløpet er veldig likt for både AKS og MI. Ettersom AKS ofte blir brukt som en arbeidsdiagnose for brystmerter som ga mistanke om koronarsykdom. Samtlige av artiklene var skrevet på engelsk hvor intervjuene ble utført på norsk/svensk. Dette kan ha betydd at noe av informasjon har gått tapt i oversettelse og gjennom forfatterens tolkning under analysen. Derimot ble forfatterne av denne oppgaven overbevist om at analysen var godt gjennomført slik den ble beskrevet i kapittel 3.4. Ettersom det ble hentet en god mengde relevante data og sitater som var sterke, gjentakende og avvikende som også samsvarte med oppgavens hensikt.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Pasientens opplevelse av AKS

AKS viste seg i resultatene til å være en utfordrende hendelse for pasienten hvor håndtering av situasjonen og symptomene ble krevende (Fors et al., 2014, s. 434). Dessuten kan situasjonen ha vært preget av en frykt for å dø (Fors et al., 2014, s. 433). Dette gjorde at AKS kunne defineres som en krise da pasienten fikk behov for hjelp og støtte (Eide & Eide, 2016, s. 166). Derfor krevde sykdommen mye av sykepleier i møte med denne pasientgruppen for forståelse av deres situasjon og behov. Resultatene viste at pasienter tidlig i forløpet søkte etter en forklaring på sykdommen (Fors et al., 2014, s. 434 & Fålun et al., 2016, s. 499). Derfor kunne sykepleier fungere som en viktig ressurs for pasientens kunnskap og forståelse (Eide & Eide, 2016, s. 292). Resultatene pekte på at noen pasienter i denne tiden skapte egne forståelser av situasjonen (Fors et al., 2014, s.434). Noe som kan bli sammenlignet gjennom kriseteori ved at pasienter tok i bruk “splitting” som en forsvarsmekanisme. Hvor pasienten ikke anerkjente fakta angående sin situasjon (Eide & Eide, 2016, s. 176). Slik som når pasienten valgte å forholde seg til sin egen forståelse fremfor den som helsepersonellet ga (Fålun et al., 2016, s. 499). Noe som kan ha ført til utfordringer for sykepleier for å formidle informasjon. Dermed vil vi oppfordre til at sykepleier tar hensyn til dette ved å basere seg mer på pasienten sin forklaring. Dette kan føre til at skille mellom helsepersonellet og pasienten forståelse blir minsket. Som potensielt kan lede til økt forståelse av sykdommen og sekundærprevensjon.

Videre ser vi at måten pasientene ønsket å få informasjon formidlet på varierte. Resultatene påpekte at pasientene hadde varierende grad av mottakelighet for informasjon. Hvor det varierte fra å bli fortalt alt, til at prosedyren ble utført uten informasjon. (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611). Noe som samstemte med lovverket ved at pasienter ikke skal bli gitt informasjon mot pasientens vilje (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-2).

Under hospitering på PKI-lab opplevde vi at sykepleier spurte om pasienten hadde lest informasjonsskrivet hun hadde fått før en elektiv PKI-prosedyre. Pasienten svarte at hun ikke hadde maktet å lese det, men istedenfor fikk sykepleier til å forklare henne hva som skulle skje. Dette kan underbygge at en standardisert metode for tildeling av informasjon, ikke var tilstrekkelig. Resultatene viste også at pasientens bevissthetsnivå i akutfasen varierte (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611). I tillegg til at medisinerings av pasienten kan ha påvirket

pasientens mottakelighet. Noe som ikke kom frem i studiene, men som vi selv erfarte under PKI-prosedyren, hvor pasienten fikk beroligende.

5.2.2 Informasjon

Resultatene viste at pasienten fikk et stort informasjonsbehov når de ble rammet av AKS. Da det oppsto mange spørsmål knyttet til sykdommen og hvordan de skulle leve med den (Fåln et al., 2016, s. 498 & Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1610). Dette er noe pasienten hadde rett på gjennom lovverket og som sto i yrkesetiske retningslinjer (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2 & NSF, 2019). Teorikapittelet bekreftet at pasientene fikk et stort behov for informasjon og kunnskap når de ble hjelpetrengende (Eide & Eide, 2016, s. 292). Økt kunnskap vil da kunne føre til en større oppfatning av trygghet hvor pasienten erfarte en større grad av mestring. Ytterligere kunne pasientens bearbeidelse av erfaringen startet tidligere ved at pasienten ble gitt rom til å snakke om opplevelsen av sykdommen (Eide & Eide, 2016, s. 180). Sykepleiers rolle ble dermed å bidra med informasjon slik at situasjonen ble så forutsigbar som mulig i tillegg til hjelpe pasienten bearbeide erfaringen.

Informasjon spilte en sentral rolle for at pasienten skulle forstå alvorligheten av sykdommen. Hvor det i resultatdelen kom frem at PKI-prosedyren kunne oppleves som noe rutinemessig og at informasjon ofte ble unnlatt (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068 & Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1609). Derimot gikk dette imot poenget ovenfor hvor pasienten oppsøkte informasjon for trygghet og mestring. Dette kan ha ført til en indre konflikt hvor helsepersonellet ønsket å trygge pasientene fremfor å skremme dem. Noe som forfatterne av oppgaven selv opplevde under hospitering på en PKI-Prosedyre. Pasienten hadde da N-STEMI med to forsnevrede kar, hvor ett av dem var nesten helt tett og det andre var noe trangt. Det ble satt en stent i det trangeste partiet av koronararterien. Etter dette var blitt gjort fortalte legen til pasienten at det trangeste partiet nå var blitt fikset og det andre bare var litt tett og skulle bli fikset neste uke. Som kan bety at pasienten fikk inntrykk av at sykdommen ikke var så alvorlig og lett kunne "fikses" med et inngrep som ikke virket til å være utenom det normale. Det ville imidlertid også være viktig at informasjonen mellom lege og sykepleier samsvarte (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1610). Ettersom at pasienten sannsynligvis ville tatt det mer til seg dersom det ble bekreftet av en lege og når informasjonen ble gjentatt. Pasientene var avhengig av god informasjon for innsikt i omfanget sykdommen siden myokardinfarkt kunne ha forårsaket skader på hjertemuskulaturen (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 167). Som da betydde at

sykdommen også kunne forårsaket varige men, og ikke var noe som kunne “fikses” fullstendig. Pasientens kunnskap om sykdommens alvorlighet kan ha gitt økt motivasjon for endring. Hvor pasienten innså at de selv måtte være delaktig i behandlingen. Slik som kom frem i studien til Bårdsgjerde (2020) hvor en sykepleier forklarte at pasientene ofte lurte på hva de selv kunne gjøre for å unngå en ny hendelse (MI). Dermed hadde sykepleier en viktig rolle for bevisstgjørelse og veiledning av pasienten.

Innenfor resultatdelen ble det identifisert flere barrierer mot informasjon. Hovedfunnet var da at sykehusoppholdet var preget av et kort og fragmentert forløp. Hvor pasienten ble overført mellom flere avdelinger og skrevet ut etter noen få dager (Bårdsgjerde et al., 2020, s.1610). Noe som samstemte med egen erfaring på kardiologisk sengepost. Dette innebærte da mangel på tilstrekkelig kontinuitet av informasjon til pasienten. Da de stadig måtte forholde seg til forskjellige sykepleiere, hvor sykepleierne da sannsynligvis hadde utfordringer med å vite hvilken informasjon pasientene trenger og mangler. Videre viste resultatene at sykepleierne også brukte mye tid på planlegging av hjemreisen til pasientene (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1612). Noe som vi mener kunne blitt gjort av helsesekretær, for å frigjøre mer tid for sykepleier. Dette har dermed medført at tiden for samhandling mellom pasienter og helsepersonell har minsket. Som igjen tydet på at mangelen på informasjon hos AKS-pasienter var større enn det vi først antok, som også gikk imot lovverket og yrkesetiske retningslinjer (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, 3-2 & NSF, 2019). Siden pasienten hadde rett på tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand. Mener vi derfor at det burde blitt iverksatt tiltak for å sørge for at forløpet ble mindre fragmentert og at det ble benyttet tverrfaglig samarbeid for at sykepleier får mer tid med pasientene.

Under den akutte fasen ble livsnødvendig behandling prioritert fremfor informering av pasienten slik som resultatene viste. Det kom frem at noen pasienter fikk for lite informasjon og at sykepleier ofte hadde inntrykk av at de ikke var mottakelige (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068 & Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1609). Noe som imidlertid kunne gjøres med hjemmel i lovverket ettersom informasjon kunne unntas dersom det var nødvendig for å beskytte pasientens liv og helse (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dette kan dermed bety at informasjonsbehovet til pasienten ble nedprioritert under en betydelig del av sykehusoppholdet. Ettersom sykehusoppholdet var som tidligere nevnt kort for denne pasientgruppen. Derimot vil vi argumentere for at sykepleier burde hatt større fokus på at informasjon ble gitt i denne fasen. På grunn av at pasienten da ofte hadde nedsatt evne for

uttrykkelse av sitt eget behov for hjelp (Eide & Eide, 2016, s. 178) Videre kunne antakelsen av at pasienten ofte ikke var mottakelig, ha vært et hinder for de som faktisk var mottakelig for informasjon. Slik som nevnt ovenfor hvor noen også ønsket informasjon under PKI-prosedyren.

I analysen kom det frem at flere av pasientene ønsket mer tilpasset informasjon. Hvor pasientene etterspurte konkret informasjon om blant annet livsstilsendringer og hvordan de skulle leve med sykdommen (Bårdsgjerde et al., 2018, s. 1068 & Fåln et al., 2016, s. 499). Dette kan bli sett i sammenheng med reaksjonsfasen fra kriseteori hvor pasientene slipper sannheten nærmere og følelsene dette medførte (Eide & Eide, 2016, s. 179). Slik som pasienten som oppga et stort behov for videre informasjon før utskrivelse. Derfor burde sykepleier tilstrebet at informasjon ble gitt ut fra pasientens behov. Som nevnt ovenfor vil det heller ikke være noe fasit på hvordan informasjonen skal formidles. Derimot kunne det i akutfasen argumenteres mot at pasienten skal gjøres bevisst på sykdommen alvorlighet, og heller gi kort og konkret informasjon slik at situasjonen virker forutsigbar. Ettersom de da ofte var preget av krisen og hadde nedsatt mottakelighet for omfattende informasjon (Eide & Eide, 2016, s. 293 & Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1609)

Det kom frem både positive og negative sider relatert til høy grad av autonomi og pasientdeltakelse. Slik som pasienten som mente at de ikke trengte å gjøre endringer til tross for at vedkommende hadde gjennomgått AKS (Fåln et al., 2016, s. 498-499). Hvor sykepleierne ofte erfarte at pasientene som trengte rehabilitering mest takket nei (Bårdsgjerde et al., 2020 s. 1612). Noe som også kunne bli sammenlignet med kriseteori hvor pasienten benekter fakta rundt sykdommen til fordel for sin egen forklaringsmodell (Eide & Eide, 2016, s. 176). Dette innebærte at autonomi fungerte som en viktig faktor for at pasientene skulle holde kontroll på situasjonen, men ble da en stor barriere mot forandring. Ettersom våre funn tydet på at informasjonsbehovet til pasienten ikke ble tilstrekkelig dekket. Kan dette ha betydd at pasientene ikke hadde nok informasjon til å ha tatt informerte valg angående livsstilsendringer. Ettersom pasientdeltakelse krevde forståelse av en stor mengde informasjon slik som sitatet fra en sykepleier i resultatdelen viste (Bårdsgjerde et al., 2020, s. 1611). Derimot viste resultatene at opplevelsen av også AKS førte til positive konsekvenser. Den vanligste var da at opplevelsen av AKS førte til økt motivasjon for sekundærprevensjon (Fors et al., 2014, s. 434 & Fåln et al., 2016, s. 498). Dermed hadde sykepleier i disse situasjonene et stort potensial for å hjelpe pasientene mot et bedre liv.

5.2.3 Sykepleiers rolle

Sykepleiers rolle for informasjon til AKS pasienten var både stor og krevende. I møte med AKS pasienter møtte sykepleiere ofte pasienter i krisesituasjoner. Hvor pasienten søkte forklaring på sykdommen og dannet sin egen forståelse. Det var derfor viktig at sykepleier var klar over dette slik at de kunne ha bidratt med informasjon og veiledning. Informasjonen måtte da bli gitt ut fra pasientens behov og ønsker. Hvor også måten informasjonen ble gitt på krevde tilpasning, da det ikke var en bestemt fasit. Videre måtte sykepleier også ta hensyn til at pasientene hadde en varierende grad av mottakelighet. I tillegg til at alt dette skulle ha skjedd på en kort tid mens pasient ble flyttet mellom flere avdelinger. Pasienten kunne da ha vært preget av krisen som sykdommen medførte i tillegg til varierende grad av bevissthet. Sykepleiers oppgave ble da å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig i og hjelpe pasienten med å bearbeide følelsene sine. Ved at informasjon ble gitt kort og konkret og at sykepleier ga rom for pasientens følelser og tanker. Mot utskrivelse burde informasjon gis etter pasienten sitt behov, både skriftlig og muntlig. Hvor sykepleier tilstrebet at pasienten ble bevisst på sykdommens omfang og mulighetene for oppfølging etter utskrivelse. Gjennom informasjon skulle sykepleier også legge til rette for pasientdeltakelse. Noe som krevde at pasienten hadde tilstrekkelig informasjon til informerte valg. Hvor sykepleier da hadde en stor mulighet for å veilede pasienten mot et bedre liv.

AKS og MI er tema det allerede finnes mye forskning om, videre foreslår vi at de gjøres mer forskning på sammenhengen mellom pasientens sykdomsinnsikt og motivasjon for sekundærprevensjon.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Denne oppgaven har identifisert store utfordringer mot at pasientens informasjonsbehov blir tilstrekkelig møtt slik praksisen er i dag. For å forbedre dette har vi foreslått både individuelle og systematiske tiltak som kan anvendes i praksis.

Individuelle tiltak kan da omhandle økt bevissthet hos sykepleiere om hvordan opplevelsen av AKS er for pasienten. Dette innebærer da varierende grad av mottakelighet og behov for informasjon for å gjøre situasjon mest mulig forutsigbar. Noe som kan gjøres ved at informasjonen holdes kort, konkret og gjentas flere ganger. I tillegg til at informasjonen baseres ut fra den enkelte pasient. Hvor det også er behov for et økt fokus på informasjon i akutfasen. Videre må sykepleiere være bevisst på at pasienten tidlig i forløpet danner en egen forståelsesmodell. Som da ofte vil stå sterkere enn informasjonen de mottar av helsepersonell. Ytterligere vil vi foreslå at sykepleier baserer seg mer på pasientens egen forståelse. I tillegg til at pasienten blir gitt rom til å snakke om følelser og tanker rundt sykehusoppholdet. Slik kan pasienten få bedre mulighet for å bearbeide erfaringene og økt sykdomsinnsikt som dermed kan føre til økt motivasjon til sekundærprevensjon.

Slik dagens situasjon er foreslår vi også å gjøre endringer på systemnivå. Hovedsakelig tiltak som kompenserer for et kort og fragmentert forløp. Vi foreslår dermed at pasienter automatisk henvises til hjerterehabilitering eller poliklinisk oppfølging uten obligatorisk oppmøte. Slik at alle får tilbudet men at pasientens autonomi fortsatt opprettholdes. Ettersom oppgavens funn tyder på manglende informasjon hos pasientene. Videre kan tverrfaglig samarbeid ved at helsesekretærer organiserer hjemreisen til pasientene og at ansatte fra hjerterehabilitering rekrutterer pasienter til sekundærprevensjon, føre til at sykepleierne får mer tid å informere pasientene.

Referanser

- Bårdsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2019) *Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway*. *Journal of advanced nursing*, 75 (5), 1063-1073. <https://doi.org/10.1111/jan.13931>
- Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H., Kvangarsnes, M. (2020) *Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway*. *Nursing Open*, 7 (5), 1606-1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6.). Gyldendal.
- Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D. M., Nugent, K., Shipman, A. & Spertus, J.A (2007) *Acute myocardial infarctions patients' information needs over the course of treatment and recovery*. *Journal of Cardiovascular nursing*, 22(6), 459- 465. doi: <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000297391.11324.0f>
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet (2016). Hjerte- og karregisteret (seirekoderapportnavn og -nr) (Juni 2016). Områdefor helsedata og digitalisering. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/hjertekarrapport-arsrapport-for-2015_010716.pdf
- Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I. (2014) *Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis*. *International Journal of Nursing Studies*, 51, (3), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.). Studentlitteratur.
- Fålnun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: *A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15, (7) 495–503 <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>
- Helsedirektoratet, (2018, 01.01). Pasientens og brukerens rett til informasjon Lovtekst med kommentar. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon#754c1135-f536-4e86-9303-9d636e18b8ce>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Buccaiarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L, P., Crea, F., Goudevenos, J, A., Halvorsen, S. (2018). *2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-*

- segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*, 39 (2), 142. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx637>
- Karlsmoen, R. (2022, 4. januar) *Aldri har flere menn vært sykepleiere*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/01/aldri-har-flere-menn-vaert-sykepleiere>
- Løge, I. (2016, 08. desember) *Hjerteinfarkt hyppigst hos menn hele livet* NHI. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/hjerteinfarkt-hyppigst-hos-menn-hele-livet/>
- NHI (2019). *Koronar angiografi*. <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/undersokelser/koronar-angiografi/>
- NHI (2020, 03. oktober). *Akutt koronarsyndrom* <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/akutt-koronarsyndrom/>
- NHI (2020, 22. mai). *Aterosklerose* <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/aterosklerose/>
- NHI (2021, 06. september). *Perkutan koronar intervensjon, PCI* <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/perkutan-koronar-intervensjon/?page=2>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsen, S. J., Schirmer, H., Bønaa, K. H. & Hanssen, T.A. (2017) *Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey*. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 17(3), 273-279. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Pasientens og brukerens rett til informasjon*. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Rayner, M., Allender, S & Scarborough, P. (2009) *Cardiovascular disease in Europe*. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 16 (2), 43-47. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000359235.59808.ba>
- Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.)*. Universitetsforlaget.
- World-heart-federation. (2015, 13 Februar). *Roadmaps for secondary prevention of cardiovascular disease*. world-heart-federation. <https://world-heart-federation.org/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/secondary->

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Databaser	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
17.03.2022	PUBMED	Akutt koronarsyndrom OR AKS AND Patient AND experienc* AND Qualitative	År: 2012-2022 Peer reviewed	37	5	3	1
17.03.2022	Cinahl	Akutt koronarsyndrom OR AKS OR Myocardial infarction AND Patient AND Experience	År: 2012-2022 Peer reviewed	17 585	4	0	0
17.03.2022	ORIA	Akutt koronarsyndrom OR AKS OR Myocardial infarction AND «Patient participation» AND Qualitative	År: 2017-2022 Peer reviewed	85	3	3	2
18.03.2022	ORIA	Nurs* AND «After myocardial infarction» OR «After Akutt koronarsyndrom» AND «qualitative» AND «change»	År:2012-2022 Peer reviewed	18	2	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I. 2014 International Journal of Nursing studies Sverige	Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by Akutt koronarsyndrom: A narrative analysis	Å utforske pasienters opplevelse av AKS under sykehusoppholdet til pasienten.	Pasienter	Kvalitativ tilnærming med fortolkende intervjustudie. Data ble samlet inn ved enkeltintervjuer på pasienten sitt rom eller på et privat rom under sykehusoppholdet. Hvor kun intervjuer og pasient var til stede. Pasientene ble stilt åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål for å få omfattende svar. Dataene ble så analysert ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.	Totalt 12 pasienter med diagnosen AKS fra 2 kardiologiske avdelinger i vest-Sverige. Hvor 7 av pasientene ble diagnostisert med N-STEMI/STEMI.	Mange av pasientene sliter med å prosessere den overveldende akutfasen. Ettersom, det oppstår livstruende symptomer, frykt og angst, hendelsen kom som et sjokk og at de erfarer livet som en farlig opplevelse. Pasientene strever også med å oppnå en indre trygghet etter sykdommen. Hvor de konstruerer personlige modeller for å forstå sykdommen.
Bårdsgjerde, E. B., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M. & Hole, T. 2018 Journal of Advanced Nursing Norge	Patient's narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway	Å utforske pasientdeltakelsen innenfor løpet for myokardinfarkt for pasienter som ikke har tilgang til lokal PKI behandling.	Pasienter	Kvalitativ design med en narrativ tilnærming. Intervjuene ble utført 2-5 måneder etter pasientens myokardinfarkt på et kontor for hjerterehabilitering avdeling på to lokale sykehus. Hvor kun intervjuer og pasient var tilstedeværende. Etter 10 intervjuer ble dataen ansett som rik, mangfoldig, repeterende og overflødig.	Totalt 10 pasienter fra 2 norske kardiologiske avdelinger. Inklusjonskriteriene var: Diagnostisert med AMI, bosted minst 300 km unna PKI sykehus, transportert med helikopter i akutfasen, uten andre alvorlige sykdommer og kapabel til å gi informert samtykke.	Studien viser at norske AMI pasienter går fra lav grad av pasientdeltakelse i akutfasen til høy grad av pasientdeltakelse i rehabiliteringsfasen. Temaer som kommer frem i studien er: (a) Mangel på verbal kommunikasjon i akutfasen, (b) tillit til helsepersonell og behandling, (c) mangel på deltagelse og koordinering under utskrivelse og (d) felles beslutningstaking innenfor rehabilitering.

Kandidatnummer: 5345 og 5131

<p>Fälun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M.</p> <p>2016</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Norge</p>	<p>Patient's goals, resources, and barriers to future change: a qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.</p>	<p>Å identifisere pasientens mål, ressurser og barrierer mot videre endring ved utskrivelse fra sykehus.</p>	<p>Pasienter</p>	<p>Kvalitativt intervju studie. Pasientene ble intervjuet i forkant av utskrivelse fra sykehuset. Semi-strukturert intervju med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det ble så utført en kvalitativ innholdsanalyse av dataen etter Graneheim og Lundman sine anbefalinger. Som da er en induktiv og fordomsfri prosess.</p>	<p>Totalt 20 pasienter med MI fra et norsk sykehus. Eksklusjonskriterier var: Kognitiv svikt, mangel på norskforståelse eller andre grunner som hindret dem å delta i et intervju på en time.</p>	<p>Studien kommer frem til at pasienten sitt syn på sitt MI ved utskrivelse var komplekse og varierte. Pasientene var motiverte for livsstilsendringer og opplevelsen ga dem et nytt perspektiv på livet. Det viser seg også at mange av pasientene sliter med å håndtere symptomer og forstå de utløsende årsakene til sykdommen. Det var også pasienter som ønsket å opprettholde sin nåværende livsstil, ettersom de ville «bare fortsette som før».</p>
<p>Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M.</p> <p>2020</p> <p>NursingOpen</p> <p>Norge</p>	<p>Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway</p>	<p>Å utforske sykepleiers oppfatning av pasientdeltakelse i de forskjellige fasene av myokardinfarkt behandlingen.</p>	<p>Sykepleiere</p>	<p>Kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming. Strategisk utvalg av sykepleiere hvor det ble utført intervju i fokusgrupper med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål.</p>	<p>Total 22 sykepleiere fordelt på 5 fokusgrupper. Hvor 3 fokusgrupper besto av sykepleiere fra et sykehus med PKI og de siste 2 fra et sykehus uten.</p>	<p>Fire hovedtema ble identifisert: (a) variasjon mellom paternalisme og autonomi i akuttfasen. (b) individualisering av pasientdeltakelse og dialog gjennom behandlingen. (c) Mangel på kontinuitet i behandlingsforløpet motvirker pasient deltakelse under utskrivelse. (d) Hjerterehabilitering fremmes pasientens autonomi innenfor livsstilsendringer</p>