



Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon

Kandidatnummer: 320

Lovisenberg diakonale høgskule

Bacheloroppgåve

i Sjukepleie, emne 14B, BIS13

Antall ord: 8548

Dato: 14.04.16



Lovisenberg diakonale høgskule

Dato 14.04.16

Tittel

Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon

ABSTRAKT

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon. Depresjon etter eit hjarteinfarkt er svært vanlig, og rammar opptil 45% av pasientane. Likevel ser ein at pasientane i stor grad ikkje blir informerte rundt dette temaet. Hensikta med denne studia er å kartlegge korleis sjukepleiar kan forberede pasienten på post infarkt depresjon. Det vil eg gjere ved å utforske dei forskjellige hindringane som ligg i vegen. Vi veit at tidsklemma er ein av grunnane til at informasjon generelt sett ikkje blir gitt frå sjukepleiar til pasient, men er her fleire grunnar?

Metode

Kvalitativ litteraturstudie. Eg har utført artikkelsøk i Cinahl, og velt ut ti artiklar. Desse representera både det kvantitative og kvalitative perspektivet på informasjonsbehovet til hjarteinfarkt pasientane.

Teoretisk perspektiv

Benner og Wrubels teori om stress og mestring, den didaktiske relasjonsmodellen, Cullbergs kriseteori, det holistiske menneskesynet og empowerment. Eg har og generell teori om hjarteinfarkt, depresjon, lovverk, kommunikasjon til akutt sjuke og dei yrkesetiske retningslinjene.

Drøfting

Det kjem fram at der er fleire aktuelle problemområder som går utover pasientens informasjonsgrunnlag. Vi ser at samhandlingsreforma aukar tidspresset, sjukepleiarane har ikkje nok kunnskap kring prevalens av depresjon etter hjarteinfarkt, og at pasientanes grunnlag for å forstå og ta innover seg gitt informasjon variera i stor grad.

Konklusjon

Konklusjonen blir at der er eit hol i informasjonsfordelinga til pasientane. Gjennom forskinga kjem det fram at pasientane ikkje for nok informasjon, og at sjukepleiaren ikkje har tid/ er trygge nok til å informere pasientane kring depresjon. Dette er eit stort problem. Likevel ser ein

at det å skulle lage ein mal eller ei prosedyre for denne pasientgruppa er vanskeleg. Pasientane er i ulike krisefasar, har forskjellige meistringsressursar og behov.

Nøkkelord:

Hjartefarkt, Depresjon, Sjukepleiar, Informasjon, Tid

(Totalt antall ord: 291)

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillinga	2
1.4 Oppgåvas hensikt	2
1.5 Sjukepleiarfagleg relevans	3
1.6 Oppgåvas oppbygning	3
2.0 Metode	4
2.1 Kva er ei metode?	4
2.2 Litteraturstudium som metode	4
3.0 Min framgangsmåte	5
3.1 Database	5
3.2 Søkjeord	5
3.2.1 Faglitteratur	5
3.3 Kjeldekritikk	6
4.0 Teori	7
4.1 Hjartets anatomi	7
4.2 Hjarateinfarkt	7
4.2.1 Pasientgruppa	7
4.2.1 Patofysiologien bak eit hjarateinfarkt	8
4.2.2 Symptom på eit hjarateinfarkt	8
4.2.3 Den fyrste tida etter eit hjarateinfarkt	8
4.3 Depresjon	9
4.3.1 Kjenneteikn og prevalens	10
4.4 Hjarteskjukdom og depresjon	10
4.5 Sjukepleiar teori	11
4.5.1 Benner og Wrubel – Stress og Mesitring	11
4.6 Kriseteori – Johan Cullberg	11
4.6.1 Sjokkfasa	12
4.6.2 Reaksjonsfasa	12
4.6.3 Bearbeidingsfasa	12
4.6.4 Nyorienteringsfasa	13
4.7 Kommunikasjon til akutt sjuke	13

4.8 Den didaktiske relasjonsmodellen	14
4.9 Det holistiske menneskesynet.....	15
4.10 Empowerment.....	16
4.13 Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar.....	17
5.0 Diskusjon: Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon.....	18
5.1 Kven er utsette for å få eit hjarteinfarkt?	18
5.2 Kven blir deprimerte	18
5.3 Kven skal informerast.....	19
5.4 Kunnskap om depresjon	19
5.4.1 Sjukepleiarens kunnskap om depresjon	20
5.4.2 Pasientens kunnskap om depresjon.....	20
5.5 Undervisningsgrunnlag.....	21
5.6 Pasientinformasjon, medverknad og pasientens rolle	22
5.7 Hjarteinfarktpasientanes informasjonsbehov	22
5.8 Kostnadar	23
5.9 Tidsklemma.....	24
5.10 Problemstillinga blir gjenteke	25
6.0 Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg 1	32

1.0 Innleiing

Her vil eg presentere tema og problemstilling. Eg vil grunngje bakgrunn for val av desse, samt gjere ei avgrensing og presisering av den. Så vil eg utgreie om oppgåvas hensikt og den sjukepleiarfaglege relevans.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Eg har velt å skrive om temaet hjarteinfarkt og depresjon, og har problemstillinga ”Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon”. Eg vil vinkle oppgåva mot realiteten om at så mange som 45% av pasientane som gjennomgår eit hjarteinfarkt blir deprimerte i etterkant av infarkt (Wasserman, 2000, s.105) (Haws, Ramjeet, & Gray, 2011), og at fleire likevel oppgjev at dei ikkje har fått nok informasjon om depresjon i løpet av sjukehusopphaldet (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006). Eg vil problematisere problemstillinga opp mot sjukepleiaranes tidsklemme, samhandlingsreformas intensjon om at pasientane skal raskare ut av sjukehuset og pasientanes ulike behov og grunnlag for informasjon.

1.2 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Hjarte- og karregisteret på folkehelseinstituttet sine sider fortel at det var heile 14 674 pasientar innlagt med akutt hjarteinfarkt i Noreg i 2014. Av desse var 6714 under 70 år (Nasjonalt Folkehelseinstitutt). Ser ein vidare på depresjonsaspektet viser forskning at ca. 45% av alle hjarteinfarktpasientar utviklar ein depresjon etter infarkt (Haws, Ramjeet & Gray, 2011). Det vil sei at omkring 3201 av desse pasientane vil utvikle ein depresjon.

Gjennom jobberfaring på ein hjertemedisinsk sengepost opplev eg at pasientane ikkje får nok informasjon om depresjon. Mine kollegaar uttrykkjer at dei skulle ynskje dei hadde betre tid til å informere, og at dei ikkje informerer nok rundt dette temaet. Grunna det korte sjukehusopphaldet og den tidsklemma det gir, vel sjukepleiarane å informere om det som vil skje under sjukehusopphaldet, og ikkje det som kan oppstå etter utskrivinga.

Ser vi vidare på samhandlingsreforma, og riksrevisjonens vurdering av den, kjem det fram at sjølv om at pasientane har kortare liggetid på sjukehus, og kjem sjukare tilbake til kommunehelesetenesta, har ikkje kommunane auka kapasitet eller styrka kompetansen i stor nok grad. Nivået er ikkje høgt nok. Kunnskapen som trengs til å behandle så sjuke pasientar ligg framleis i dei sentraliserte tilboda. Korleis skal då desse pasientane få den informasjonen dei treng i komuna når kapasiteten der allereie er overbelasta? (Martinussen, Tingvoll & Kassah, 2014, s. 139-150) (Riksrevisjonen, 2015).

1.3 Avgrensing og presisering av problemstillinga

Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon. Eg tek utgangspunkt i undervisning av pasientar på ein sengepost på eit sjukehus. Eg vil problematisere mykje av problemstillinga rundt det korta sjukehusopphaldet hjarteinfarkt pasientane normalt sett har, og den er grunna i sjukepleiarens undervisande og rettleiande funksjon. Eg vil ta utgangspunkt i menn og kvinner i aldersgruppa 40-70 år.

Eg ser vekk i frå kjønnsforskjellar i sjukdomsbileta. Eg vel å ikkje ta med pasientar med hypoksisk hjerneskade etter infarkt, eller andre fysiske/psykiske lyter som vil gi pasienten nedsett evne til å ta imot/forstå informasjonen som blir gitt, då oppgåvas omfang ikkje gir rom for dette. Dette sjølv sagt sett vekk i frå den nedsette evna til å ta i mot og forstå informasjon som sjokk fasene ved sjukdomen kan gje.

1.4 Oppgåvas hensikt

Meininga med denne oppgåva er å gjere reie for korleis sjukepleiar kan bruke sinundervisande funksjon og gitte tid, til å informere pasientar som har gjennomgått eit hjarteinfarkt om moglegheita for å utvikle ein depresjon. På denne måten kan sjukepleiar leggje grunnlaget for at pasientane kan meistre ein mogleg depresjon på en god måte, samt pasienten blir best mogleg forberedt på utskrivinga. God informasjon gir betre moglegheit for mestring (Grov, 2011, s.92).

Om oppgåva resulterer i å finne ut noko om kva og kvar ein bør informere i dette emnet om,

vil ein kunne lage ei prosedyre for dette. Det vil gi sjukepleiarane ei trygghet i at dei ved å fylgje prosedyre har gitt nok informasjon, eller at ansvaret for å informere rundt dette temaet ikkje ligg på dei.

1.5 Sjukepleiarfagleg relevans

Oppgåva ligg under sjukepleiarens undervisande og rettleiande funksjon, og tek del i ein arbeidskvardag der mykje av ansvaret for å informere pasienten er sjukepleiarens oppgåve.

1.6 Oppgåvas oppbygning

I denne oppgåva tek eg i kapittel ein føre meg ei innlending. Eg skriv om bakgrunn for val av tema og litt om mine egne erfaringar om temaet. Etter dette gjer eg ei avgrensing og presisering av problemstillinga mi. Eg avsluttar kapittel ein med informasjon om oppgåvas hensikt og sjukepleiarfaglig relevans. I det neste kapittelet, kapittel to, utgreier eg rundt metode, og viser kva ei metode er, og kva metode eg har valt å ta meg nytte av. I kapittel tre viser eg korleis eg har fått fatt i fagstoffet mitt. Her inkludera eg database, søkjeord og litt om den faglitteraturen eg vel å bruke. Siste punkt er kjeldekritikk av forskingsartiklane mine. Kapittel fire er teoridelen av oppgåva. Her vil eg presentere den teorien eg meiner er vesentlig for oppgåva. Eg vil gå igjennom temaa: hjartet, depresjon, sjukepleiarteori, kriseteori, kommunikasjon til akutt sjuke, den didaktiske relasjonsmodellen, empowerment, det holistiske menneskjesynet, sekundærførebygging, lovverk og dei yrkesetiske retningslinjene. Kapittel fem er drøftingskapittelet i oppgåva. Her drøftar eg kring problemstillinga mi. Eg tek meg nytte av det eg skriv om i teoridelen, samt forskingsartiklane til å kome fram til eit eller fleire alternative svar på problemstillinga mi. I kapittel seks føretekk eg ei kort oppsummering av drøftingsdelen, og trekk ein konklusjon.

2.0 Metode

I metodedelen presisera eg fyrst kva ei metode er i del 2.1. I del 2.2 forklarar eg kva ei litteraturstudie er, for så å vise til den kvalitative og kvantitative metoden.

2.1 Kva er ei metode?

For å utføre ei studie, må ein velje kvas reiskap ein skal bruke for å svare på problemstillinga ein har laga. Kvas reiskap ein vel å bruke er då metoden. Thidemann beskriv det slik:

”Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling” (Thidemann, 2015, s. 76)

2.2 Litteraturstudium som metode

Eit litteraturstudium er ein måte å leite etter kunnskap på. Ein tek utgangspunkt i å søke etter litteratur som ein seinare sett i system og går igjennom. Meininga er at lesaren av oppgåva skal få ei løysning/forklaring på problemstillinga oppgåva gir, ei løysning/forklaring som er basert på nyare kunnskap og forskning. Oppgåva skal også innehalde ei forklaring på korleis ein har kome fram til denne litteraturen (Thidemann, 2015, s. 79).

Ein kan velje å bruke ei kvalitativ eller kvantitativ metode når ei skriv ei oppgåve. Forskjellen på desse to er at den kvantitative metoden byggjer opp på målbare einingar, og er forklarande i sin faktakunnskap. Den gir breiddekunnskap og svarar godt på spørsmål som ”kor mykje” og ”kor ofte”. Den kvalitative metode har ei forståande tilnærming. Den går i djupna, og ikkje breidda slik som den kvalitative. (Thidemann, 2015, s.78) Mi oppgåver er basert på ei kvalitativ tilnærming, då eg ynskjer å finne djupne kunnskap om pasientanes oppleving av depresjon og gitt informasjon

3.0 Min framgangsmåte

I denne delen av oppgåva har eg vist til korleis eg har utført søkja etter min litteratur. I del 3.1 og 3.2 begynn eg med ei forklaring av kva database eg har brukt, og deretter kva søkjeorda mine er. I del 3.3 har eg ein bolc om kva faglitteratur eg har nytta meg av, og kvar eg har funne den. I siste del, del 3.4 har eg ein kjeldekritikk av forskingsartiklane mine.

3.1 Database

I søket etter fag- og forskingsartiklar her eg i all hovudsak brukt skulens database Cinahl, fordi det er her eg har moglegheit til å få fatt i flest artiklar. Eg har også søkt i Bibsys, Helesbiblioteket og Swemed utan å bruke artiklar derifrå. Enkelte forskingsartiklar har personalet på biblioteket fjernbestilt til meg. Eg har lest i forskjellige tidsskrift, deriblant sykepleien.no og European Journal of Cardiovascular Nursing.

3.2 Søkjeord

Eg har valt ut søkjeord på engelsk som eg meiner er relevante for mi problemstilling, nokre hadde eg frå byrjinga, men nokre har funne longs med i søkje etter å ha sett i dei andre artiklane sine hovud-søkjeord. Søkjeorda mine (i MESH form) er; Myocardial Infarction, Depression, Counseling, Nurse Attitudes, Adult, Information Needs, Middle Aged og Quality of life.

Sjå vedlegg 1; artikkelmatrise for å få ei oversikt over mine inkluderte artiklar.

3.2.1 Faglitteratur

For å svare på problemstillinga mi best mogleg har eg henta mesteparten av min teori frå sjukepleiarfaglige bøker. Likevel såg eg at det var nødvendig med meir faglitteratur på enkelte av emna mine, difor har eg i tillegg brukt litteratur frå medisin, psykologi og pedagogikk. Mesteparten av litteraturen eg har brukt er skrive på norsk. Eg brukar eit par bøker som er skrivne på dansk, medan alle forskingsartiklane mine er skrivne på engelsk. Eg

har funne bøkene mine på Deichmanske hovudbibliotek og på Lovisenberg Diakonale Skule sitt eige bibliotek.

Faglitteraturen min er i hovudsak skrive for fagpersonell, men noko av det er også pasientretta. Eg har velt ut nokre bøker som eg brukar mykje gjennom heile oppgåva, og så har eg fleire bøker i litteraturlista som eg har lest i som bakgrunnsinformasjon. Dei bøkene eg brukar mest i oppgåva er i hovudsak pensum litteratur og bøker skrivne for helsepersonell. Fagstoffet er skrive av respekterte personar med høgt kunnskapsnivå innfor sine emne.

3.3 Kjeldekritikk

Eg har vurdert artiklane ut i frå at dei er fagfellevurderte. Eg har også vore observant på om dei er publiserte i anerkjente tidsskrift, noko alle er. Ein av artiklane er skrive i 2004. Eg har likevel velt å bruke denne då den er kvalitativ og har med konkrete pasient-utalar om kva informasjon som manglar. Eg har òg vurdert at forskinga framleis er aktuell, då den stemmer overeins med nyare forskning. Utan om dette har eg berre brukt artiklar som er under 10 år gamle. Alle forfattarane er anerkjente fagfolk, og har publisert fleire forskingsartiklar innan same felt både før og etter datoen for publikasjon på dei artiklane eg har velt ut.

Artiklane er skrivne i Noreg, England, USA, Canada, Australia og Finland. Dei opplysningane artiklane frå Noreg og England finn, kan overførast. Artikkelen frå Finland derimot, er litt meir tvilsam. Etter ein rask sjekk i nordisk forskning om folkehelse, kan vi sjå at Finnane lev ein litt annan livsstil enn resten av Norden. Bruk av alkohol, snus og røyk er hyppigare, og finske menn har høgst dødelegheit i Norden (Graff-Iversen, Selmer, Tverdal, Hånes). Men det artikkelen skriv om mellommenneskeleg rettleiing, er framleis relevant og kan overførast.

Sidan alle artiklane eg har funne er skrivne på engelsk, må eg ta med i kritikken at eg kan ha tolka/oversett feil frå engelsk til norsk. Artiklane er ikkje skrivne for studentar, men for fagfolk innan sine emne, det kan difor også hende at mitt kunnskapsnivå ikkje er høgt nok til å forstå artiklane.

4.0 Teori

Problemstillinga mi lyder slik; Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon. For å kunne svare på denne problemstillinga må eg ha eit teoretisk grunnlag. Difor vil eg i dette kapittelet presentere fagstoff rundt nøkkelorda i mi problemstilling, og litteratur som eg meiner er vesentlig for mi oppgåve.

4.1 Hjartets anatomi

Hjartet består av høgre og venstre hjartehalvdel. Kvar hjartehalvdel består av eit atrium og ein ventrikkel, der ein ring av bindevev skil dei frå kvarandre. Hjartemuskel (myokard) er ein ikkje viljestyrd tverrstripa muskel som på innsida er kledd i endokardet, -ei tynn hinne oppbygd av plateepitel og bindevev. Utsida av hjarte er omgitt av perikardet (hjerterosen) som består av to lag bindevev. I mellom disse to laga er det litt væske, noko som gjer at dei kan bevege seg med minst mogleg friksjon mot kvarandre. Hjartet har fire forskjellige klaffetypar, som alle fungerer slik at blodet normalt sett berre kan strøyme i ei retning inne i hjartet. Utanpå hjartet ligg koronararteriane som forsyn sjølve hjartemuskel med blod (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2010, s. 37).

4.2 Hjarateinfarkt

Under denne delen av teorien tek eg føre meg hjarateinfarkt som pasientgruppe, patofysiologi, symptom og den fyrste tida etter infarkt.

4.2.1 Pasientgruppa

Det er allmenn kjent at hjartesjukdom i stor grad er ein livsstilssjukdom. Den typiske hjarateinfarktpasienten er ofte overvektig, har gjerne høgt kolesterol, røyker og er lite fysisk aktiv. Stress og diabetes er også risikofaktorar. I nokre tilfelle er ikkje hjartesjukdom ein livsstilssjukdom, då blant anna sett i samanheng med arveleg forhøgd kolesterolnivå (familiær hyperkolesterolemi) (Stubberud, 2011, s 393). Vi veit og at denne pasientgruppa er av dei som har høge kostnadar relater til seg (Graff-Iversen, Hovda, Sakshaug & Selmer, 2014).

4.2.1 Patofysiologien bak eit hjarteinfarkt

Eit hjarteinfarkt opptrer hyppigast på grunn av ei trombe i koronararteria, som led til at arterias tilhøyrande myokard ikkje får oksygen. Konsekvensen av dette er at det oppstår ei irreversibel skade i ein del av myokardet (Mæland, 2014, s. 23). Infarktbehandlinga blir bestemt ut ifrå om pasienten har eit STEMI (ST-elevasjonsmyokardinfarkt) eller et NSTEMI (non-ST-elevasjonsmyokardinfarkt), noko som klassifiserast på EKG og hjartemarkørar. I hovudsak behandlas begge tilstandane med revaskularisering, som oftast PCI behandling. STEMI pasientar skal ha behandling omgåande, medan NSTEMI pasientane blir sende til angiografi med eventuell PCI innan 24-48 timar (Jacobsen et al., 2010, s. 71).

4.2.2 Symptom på eit hjarteinfarkt

Symptoma på eit hjarteinfarkt er vanlegvis intense, vedvarande, klemmande brystmerter. Likevel kan dei ha forskjellig styrke og lokalitet, og for nokre er det berre eit lett ubehag som kjennast. Kvalme og brekningar opptrer ofte saman med dei andre symptoma og pasientane flest er engstelige og bleike (Jacobsen et al., 2010, s. 71). Alt etter kor stort, og kva del av hjartet som ramast av infarkt vil pasienten ha ulike symptom. Ved eit stort infarkt vil pasienten kunne ha dyspné eller lungeødem, då den venstre sida av hjartet svekkas. Om infarkt rammer den høgre sida av hjartet vil pasienten være bleik og presjokkert, grunna blodtrykksfall. I enkelte tilfelle har pasienten eit stumt infarkt (utan symptom), som oppdagast ved tilfeldigheit (Jacobsen et al., 2010, s. 72).

4.2.3 Den fyrste tida etter eit hjarteinfarkt

Allereie få timar etter hjarteinfarkt startar kroppen å reparere området som blei skadd under hjarteinfarkt. Etter 4-6 veker er arbeidet fullført, og området er erstatta med bindevev. Bindevevet er inaktivt og kan ikkje hjelpe med pumpefunksjonen til hjartemuskelen, men det er like sterkt som muskelvevet. Sidan hjartemuskelen blir svekka i denne prosessen, er det vanleg at pasienten får litt nedsett yteevne i dagane etter infarkt. Heldigvis er dette som oftast ei kortvarig affære. Hjartetets pumpekraft tek seg raskt opp igjen, og etter få dagar er

pasienten som regel i stand til å utføre sine dagligdagse aktivitetar. Denne reparasjonsprosessen fortsett normalt sett til hjartetts funksjon er tilbake til det den var før infarkt. I nokon få tilfelle har hjartet fått så stor skade at det oppstår ein varig hjertesvikt, men det er berre i 5-10% av tilfella til pasientane under 70 år (Mæland, 2014, s. 24).

Etter eit hjarteinfarkt har vedkommande litt høgare mortalitet enn resten av befolkninga i same alder. Dette avtek med tida. Etter gjennomgått infarkt vil ein av fire gjennomgå eit ikkje fatalt infarkt til, innan fem år. Fleire pasientar gir uttrykk for at dei har brystmerter etter infarkt, men det er berre 1 av 3 pasientar som får angina pectoris etter utskrivinga, så disse smertene heng ofte saman med uro som gir muskelspenningar i brystkasse eller skulderparti som vidare gir brystmerter (Mæland, 2014, s. 25).

50% av pasientane rapportera at dei er plaga av dyspné dei fyrste dagane etter heimreise. Dette er ein tilstand som bedrar seg med tida, og etter fire år, er det berre 20% som framleis er plaga av dette. Denne tilstanden høyrer også oftast saman med ein angstfølelse, men kan i nokon tilfelle ha årsak i nedsett arbeidskapasitet grunna den handlingslamminga og hjarteskaden sjukdommen medfører. Dette ligg også til grunn for at arbeidskapasiteten jamt over ligg 15-30% lågare enn normalt i dei fyrste vekene etter hjarteinfarkt. Dette vil normalisere seg hos de aller fleste pasientane i løpet av rekonvalesensperioda (Mæland, 2014, s. 25).

4.3 Depresjon

Det er tydelig at depresjonene ikke er en kraft eller makt inne i meg selv, men noe som møter meg utenfra, -et stoff eller kanskje i virkeligheten et vesen, noe som ligner på et rovdyr, den er som et åndelig fremmed vesen som er like på kanten av å anta form i kjøtt og blod. Jeg føler det også slik når jeg er alene med den. Jeg kunne nesten kalle det for "ham". Han sitter der når jeg våkner, og jeg vet at jeg ikke er alene. Det er et annet levende vesen i rommet. (Bjørneboe, 1966)

Depresjonar opplevast forskjellig, og dette er ein av måtane forfattaren Jens Bjørneboe beskriv sin eigen depresjon på (Hummelvold, 2014, s. 193). Andre beskriv depresjonen som ein tjuv. Ein som kjem å stel lukka di. Ein som tek gleda di, og gir deg følelsen av å vere

verdilaus og utilstrekkelig. Metaforen om at depresjonen er ein tjuv kan også brukast om tid. I tilfella rundt alvorleg depresjon er det kjent at sjukdomen aukar mortaliteten. Pasientane er i større grad utsette for å få somatiske sjukdommar, -og kroppen er dårlegare rusta for å takle dei (Svartdal, 2014, s. 227).

4.3.1 Kjenneteikn og prevalens

Ein av fem vil utviklen ein depresjon eingong i livet, dessutan viser forskning at to av tre vil få tilbakefall av sjukdomen på eit seinare tidspunkt i livet. (Svartdal, 2014, s. 229).

Sjukdommens mest synelege symptom er nedsett sjølvfølelse, tristheit og pessimisme. Eit anna symptom som ligg i grunn er kraftløyse, noko som resulterer i at ein mistar interessa for å utføre/oppretthalde dagligdagse gjeremål og hobbyar (Hummelvold, 2014, s. 198). Ser ein tilbake på metaforen om at depresjon kan opplevast som en tjuv, kan vi og seie at depresjonen er ein energitjuv. Andre kjente symptom er at ein blir trøytt, slapp, får dårleg konsentrasjonsevne, nedsett sexlyst, skuldfølelse og nedsett sjølvtilit. Stress og angst opptrer òg (Svartdal, 2014, s. 228).

Ein kan sjå enkelte faktorar som gjer ein meir disponert for å utvikle ein depresjon enn andre. I bland desse er tidligare depresjon (som nemnt over), og dårlege nettverk. Ein ser at pasienten utan familie/venner i større grad blir deprimerte enn andre (Gro, 2011, s. 69-78)

4.4 Hjartesyjukdom og depresjon

I artikkelen "A National survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction" av Joanne Haws, Janet Ramjeet og Richard Grey, viser dei til at depresjon er svært vanleg blant infarktpasientar. Heile 45% har ei depressiv episode ein gong i det påfølgjande året etter infarkt, og ein ser at fleirtalet opplev dette kring tre månadar etter dei blir utskrivne (Haws, Ramjeet & Grey, 2001, s.3215). Danuta Wasserman presiserer i boka si; "*Depression – en almindelig sygdom*" at depresjon i kjølevatnet av patologisk sjukdom er eit anerkjent faktum. I hennar bok tek ho til og med opp hjerteinfarkt som eit døme på ei av dei pasientgruppene som hyppigast bli deprimerte i samanheng med sjukdomen sin (Wasserman, 2000, s. 105).

4.5 Sjukepleiar teori

Her vil eg presentere min utvalde sjukepleiar teori, Benner og Wrubels stress og meistringsteori.

4.5.1 Benner og Wrubel – Stress og Meistring

Når ein skal beskrive kan stress er, kan ein sei at det er når noko forstyrrar din normale funksjon. Det kan oppstå ved sjukdom, tap eller når det skjer noko som gjer at eins normale eksistens må endras. Det er menneskjes respons på dette som resultera i stress. Altså eit resultat av korleis menneskje vurderer situasjonen og sin plass i den. Evna som ein då har til å tilpasse seg, vil gi grunnlaget for korleis stress utviklar seg og eventuelt handterast. Stress er ein tilstand som ikkje alltid kan helast eller unngåas. Det er berre eit resultat av å eksistere i ei verd der ein bryr seg. Om ein ser dette utifrå det fenomenologiske menneskesynet, vil ein sjå at dette handlar om at menneskje ikkje kan gå ut av si historie. Eit menneskje består av sine opplevingar og erfaringar, og dette tilsei at pasienten kan bli fri frå sjukdommen, men ikkje opplevinga av den. Sjukepleiar kan difor ikkje lege stress, men ein kan vere med på å dempe stresset ved rettleiing, tolking og trening (Benner og Wrubel, 1989, s.83).

Som ei mekanisme for å takle dette stresset, kjem meistring. I Fenomenologien seier ein at eit menneskje byggast opp av dei erfaringane i livet som har betydning for ein. Det er menneskje sin bakgrunn, kva som betyr noko, kva ein er flink til, kva ein tenker om seg sjølv, som gir grunnlaget for kva som opplevast som stress, og korleis moglegheitene for meistring er. Når vi då som sjukepleiar skal hjelpe pasienten i denne situasjonen, må vi sjå dei ulike delane som mennesket påverkar og blir påverka av (med bakgrunnskunnskap om pasientens uro, vaner, ferdigheiter osv.), for å forstå kva rolle kroppen, personleg anliggenheit og situasjonen spelar i ein stress- og meistringsprosess. (Benner og Wrubel, 1989, s.86).

4.6 Kriseteori – Johan Cullberg

Johan Cullberg skriv om kriseteori i boka ”Mennesker i krise og utvikling”. Han seier at det å oppleve ei psykisk krise, ofte kan medføre følelsar som verdiløshet, einsamheit og kaos. Kvas av desse følelsane, kor streke og kor hyppig dei opptrer endrar seg, og har mykje å gjere

med kva krise det er ein opplev (Cullberg, 2010, s.128). For å kartlegge kva informasjon pasienten vil ha behov for, og kva informasjon pasienten er i stand til å hugse, må ein vite kvas av desse fire fase pasienten er i.

4.6.1 Sjokkfasa

Denne fasa er av kort varigheit, og er som regel over etter nokre døgn. Mykje av det pasienten gjer i denne fasa er å halde verkelegheita så langt vekke som mogleg. Det er ikkje mogleg for pasienten å ta innover seg kva som har hendt, og difor heller ikkje mogleg å ta imot nokon informasjon om kva som har hendt, eller vidare utvikling frå helsepersonell. Det kan vere greitt å vite at pasientane kan ha ein litt underleg oppførsel i denne tida, alt frå å rope å skrike til å liggje heilt stille, fullstendig lydlaus (Cullberg, 2010, s.130).

4.6.2 Reaksjonsfasa

Reaksjonsfasa trer inn så snart pasienten blir nøydt til å ta innover seg kva som har hendt, etter å ha fortrennd dette i den fyrste krisefasa. Det er i dette stadiet menneskje vil starte å vise forsvarsmekanismar. Pasienten vil prøve å finne ei mening i kva som har skjedd, og kan ofte trø til forstillingar som ikkje ville gitt mening i augna til utanforståande mennesker. Spørsmålet om kvifor dette har skjedd akkurat han eller henne opptrer hyppig. Skuldfølelse er også vanleg i denne tida (Cullberg, 2010, s. 131).

4.6.3 Bearbeidingsfasa

Bearbeidingsfasa tiltrer når den akutte krisa er over. Det er fyrst no pasienten startar å sjå mot framtida igjen, då ein ikkje lenger er så opptatt av sjokket og den tidlegare tida. Denne fasa kan vare i 6-12 månadar etter sjokkfasa. No vil pasienten innsjå sine eventuelle avgrensingar som kjem i fylgje med den opplevde sjukdomen, og normalt sett godta dei. Pasienten er no på veg tilbake til livet han eller ho levde før sjukdomen intraff (Cullberg, 2010, s.138). Noko som er viktig å hugse i denne fasa, er at pasienten kan oppleve tida før han blei sjuk som svært idyllisk i motsetning til tida som no har kome. Dette kan vi sjå i perspektivet av Benner og Wrubels "smooth function" prinsipp. Utan at vi heilt legg merke til det når vi er friske, har

vi ein slags glid i det vi brukar tida og kvardagen vår til, og er på ein måte tilfredse. Når ein då blir sjuk, vil ein plutselig merke at ein har fått eit brot i denne ”gliden”, og derfor oppleve tida som kjem ekstra vanskeleg, men også oppleve tida som var som spesielt god. Dette kan resultere i ei vanskelig omarbeidingstid, der ein både saknar den tidlegare tida, og kanskje angrar på at ein ikkje satt meir pris på det (Benner og Wrubel, 1989, s.59).

4.6.4 Nyorienteringsfasa

Når ein kjem til denne siste fasa, er det eit teikn på at pasienten har klart å kome seg igjennom krisa. Denne fasa har ingen slutt, men er den tilstanden pasienten vil leve i resten av livet. Sjukdomen er ikkje lengre eit problem, men ei erfaring som ein har lært å leve med, på godt og vondt. Ein kan til tider kjenne eit sukk av dei gamle følelsane, men det held seg til det. Sjølvfølelsen er tilbake til det den var før, og ein har håp og lyst på framtida (Cullberg, 2010, s.139).

4.7 Kommunikasjon til akutt sjuke

I boka ”Å være akutt kritisk syk” av Anne Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal står der om korleis ein skal kommunisere med akutt sjuke. I akutte situasjonar er pasienten veldig sårbar, og som sjukepleier har ein stor makt. I boka beskrivast det som å ha ein del av pasientens liv i eins hand. Ein er i ein situasjon der pasienten kan vere svak, dårlig og redd, og dette kan påvereke has kommunikasjonsmoglegheiter (Kjøllesdal og Moesmand, 2007, s. 27).

Profesjonell kommunikasjon krevjar ei rekke ferdigheiter, blant anna empati, terapeutisk og roande tale, målorientering og nonverbal-kommunikasjon. Sjukepleiaren må gå inn i pasientens aktuelle psykologiske tilstand og tilpasse informasjonen deretter. Målet blir å møte pasientens behov på ein best mogleg måte. Størst krav stillast det til den nonverbale kommunikasjonen, sidan dette er ei umedviten kommunikasjonsform vi alle nyttar, ligg utfordringa i at ein må vere svært oppmerksam på sitt eige kroppsspråk, og ein må ha kongurens. Sjukepleiaren må også vere observant i forhold til pasientens nonverbale kommunikasjon. (Kjøllesdal og Moesmand, 2007, s. 28)

4.8 Den didaktiske relasjonsmodellen

Didaktikk definerast som tankane rundt planlegging av og rundt undervisning. Den didaktiske relasjonsmodellen viser til at undervisning og læreføresetnadar endrar seg over tid, men nokre punkt er meir eller mindre alltid viktige i undervisninga, nemleg dei seks punkta modellen er bygd på (Christiansen, 2013, s. 42-43).

Den didaktiske relasjonsmodellen har ingen ende, den er utforma som ein sirkel. Dette viser godt til det poenget at der er inga rekkefølge i faktorane den beskriv. Alle punkta påverkar kvarandre gjensidig, og om eit av punkta i modellen blir endra, vil dette på same måte påverke resten av modellen. Det fine med denne modellen er at om du har ei undervisning som ein ser ikkje fungera, kan ein enkelt finne ut av kva del av opplegget feilen ligg i (Christiansen, 2013, s. 44).

Dei seks punkta i modellen er:

1. Læreføresetnadar

Under dette punktet skal ein prøve å lære so mykje om pasientens læreføresetnadar som mogleg. Etter at dette er avklart, må ein vurdere resten utifrå dagsforma til pasienten. Kva informasjon er pasienten mottakeleg for? Er det noko som burde vente til ei seinare anledning? og så vidare. (Christiansen, 2013, s. 45-51).

2. Rammefaktorar

Korleis er rammefaktorane for at ein kan inkludere pasienten i undervisninga? Er der hjelpemiddel tilgjengeleg? Kan ein ta seg nytte av borsjyrer, film? Bur pasienten på ein rom? Er der andre avgrensingar som kan påverke situasjonen? Økonomiske rammer? (Christiansen, 2013, s. 52-59).

3. Mål for undervisninga

Kva skal målet for undervisninga vere? Ynskjer vi at pasienten skal få kunnskap om eit spesifikk område? Kvar ynskjer vi at kunnskapsnivået skal vere når undervisninga endar? (Christiansen, 2013, s. 59-60).

4. Innhald

Innhaldet må kombinerast med det ein kjem fram til i mål for undervisninga. Her skal ein tilpasse innhaldet slik at pasienten på best mulig måte kan forstå det. Det er også viktig at ein skal kunne nå målet innan den tidsramma som er oppsett (Christiansen, 2013, s. 61-63).

5. Læreprosessen/Arbeidsprosessen

Dette punktet handlar om å gjere undervisninga funksjonalistisk. Korleis lærer pasienten best, og korleis kan vi vere sikre på at han vil nå målet? Her er det mange alternativ. Undervisning aleine, i grupper, skodespel, film, bøker og så vidare. (Christiansen, 2013, s. 67-73).

6. Vurdering/Evaluering

Det er på tide å sjå om ein har oppnådd ynskja resultat. Det er like viktig å sjå på kva som ikkje fungerte, som kva som var suksessfullt. Her har vi ein læringssituasjon om kva ein skal gjere til neste gong. Så må ein hugse poenget med at desse punkta er ein sirkel og ikkje ei lineær linje. Ein må også vurdere underveis, slik ein kan rette opp eventuelle feil og gjere endringar langs med (Christiansen, 2013, s. 74-76).

4.9 Det holistiske menneskjesynet

Einskapleg menneskesyn. Kva menneskjesyn ein har som sjukepleiar har mykje å seie for kva behandling pasientane våre får. Det påverkar kva ein tenkjer om liv og død, noko som igjen har stor betydning for den gitte behandling. I sjukepleia støttar ein seg opp rundt eit holistisk menneskjesyn. Dette inneber at ein har ei heilheits-forståing rundt det at ein må sjå alle sidene av menneskje. Vi kan ikkje sjå bere ei side, sei hjartet til pasienten. Vi må ta utgangspunkt i at pasienten er meir en berre den fysiske kroppen. Pasienten har nemleg både ein fysisk, psykisk sosial og åndeleg dimensjon (Brinchmann, 2008, s. 25-26).

Det er ei stor utfordring og alltid skulle ha heile menneskje i tankane. Men målet med denne tilnærminga er at ein skal gjere sitt beste i å omfamne så mykje ein klarar av menneskje, og dermed sjå at der er mange forskjellige grunnar til at ein kan bli sjuk. Når en brukar denne tilnærminga, er det viktig å hugse at pasienten må oppfattast som eit medmenneske, og ein likeverdige samarbeidspartnar. På denne måten er det lettare å inkludere pasienten når ein skal

løyse dei aktuelle helseproblema (Brinchmann, 2008, s. 26-29).

4.10 Empowerment

Ordet blei introdusert i USA, og vi har enda ikkje funne eit eige norsk ord som kan gi ei fullgod erstatning for empowerment, men ordet myndiggjering er det likaste vi har. Eit viktig poeng om empowerment-omgrepet er at dette ikkje er eit mål ein når og blir ferdig med, men ei blivande endring i menneskjes tenkjemåte (Askheim & Starrin, 2008, s. 13).

Empowerment er eit omgrep som seier noko om menneskje si evne til å ha kontroll over si eiga helse, og dermed også evna til å betre den. Vi ynskjer ved å myndiggjere pasienten, å hjelpe han ut av ein avmaktssituasjon, slik at han blir i stand til å ta eigne, reflekterte val. I helsesamanheng kan vi seie at dette skal gi pasienten evna til å sjå sine problemområder utifrå eigen situasjon. På denne måten kan individet sjølv finne løysningar til sitt problem, eventuelt i samarbeid med andre (Askheim & Starrin, 2008, s. 21-23).

4.11 Førebygging

Innan helsefaget har vi fleire omgrep som fortel oss om korleis vi kan hindre tilbakefall av sjukdom. Eitt av dei er sekundærførebygging. Denne modellen for førebygging er delt opp i primær-, sekundær- og tertiærførebygging. Desse tre stadia viser til fasane i sjukdomsgongen. Primærførebygging: hindre at sjukdomen oppstår i det heile. Sekundærførebygging: hindre at sjukdomens omfang blir for stort. Ein ynskjer å minske kor alvorleg og varig sjukdomen blir, og ein jobbar derfor for at pasienten ikkje skal få tilbakefall. Her kan ein blant anna setje i gong tiltak for at endring i pasientens tilstand skal oppdagas tidleg, at pasienten veit når ein skal søkje hjelp og undervisning i livsstilsending. Dette er eit viktig folkehelsefokus. Med tertiærførebygging meiner ein for eksempel å minske problem som kan oppstå etter sjukdommen. Dette kan vere å leggje til rette bustad for pasientar som har fått fysiske lyter etter sjukdomen sin (Grønseth & Nortvedt, 2010, s. 21).

4.12 Lovverk

Pasientar har rett til å medverke i gjennomføringa av den helsehjelpa dei får. Den

informasjonen som blir gitt skal også vere tilpassa deira nivå og evne til å forstå det som blir sagt. Pasientrettigheitslova § 3-1 andre ledd beskriv dette. Vidare i paragrafens andre del, Pasientrettigheitslova § 3-2 fyrste ledd, påpeikar dei at pasienten har rett til å få tilstrekkelig med informasjon til å forstå sin eigen situasjon, og dermed også den helsehjelpa som blir gitt (Pasientrettigheitslova, 1999, sist endra 01.11.2015).

4.13 Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar

Dei yrkesetiske retningslinjene er laga for å sørge for at den etiske standaren blant sjukepleiar alltid skal vere på eit høgt nivå. Desse retningslinjene gjeld for alle landa som er med i ICN (International Council of Nurses) og som jobbar med å utvikle og fremme sjukepleie som fagfelt. Retningslinjene skal fungere som eit verkty når ein som sjukepleiar møter etiske dilemma i praksis (Brinchmann, 2008, s. 98).

Som sjukepleiar har ein stor makt. Vi har makt til å ta vare på liv. Ein kan stele medisinar, utnytte seg av pasientar, unnlate å gi god pleie og så vidare. Sjølv om dette ikkje er normal praksis for fleirtalet av sjukepleiarane, så ligg moglegheita for å gjere det der. For at alt dette skal takas vare på, treng ein ei moralsk retningslinje å fylgje (Brinchmann, 2008, s. 99).

Retningslinjene tek blant anna utgangspunkt i menneskerettigheitene, velgjerenssprinsippet og dei fire punkta som ICN meiner er sjukepleiarens ansvarsområder; fremme helse, førebyggje sjukdom, gjenopprette helse og lindre sjukdom. Vi skal ha ei grunnhaldning som er basert på dette når vi arbeidar med pasientane våre. Vi skal gi like god pleie uansett kva pasienten har eller ikkje har gjort tidligare. Vi snakkar nemleg om ukrenkelige rettigheter (Brinchmann, 2008, s. 100-103).

5.0 Diskusjon: Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon

Dalland skriv at det å drøfte er å ta føre seg eit problemområde, for så å diskutere det frå forskjellige sider. Det er i denne delen av oppgåva at eg skal vise kva eg har kome fram til i undersøkinga mi, og kombinere dette med kjent fagkunnskap. Her skal eg drive med systematisk og kritisk refleksjon av fagstoffet mitt (Dalland, 2008, s. 122-123). Eg vil no prøve å finne eit eller fleire moglege svar på korleis sjukepleiar gjennom informasjon, kan forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon.

5.1 Kven er utsette for å få eit hjarteinfarkt?

I teoridelen min har eg gått igjennom infarkt pasientane som pasientgruppe. Ein ser at dei fleste tilfella av hjarteinfarkt er skulda livsstilssjukdom (Stubberud, 2011, s 393). I folkehelsemeldinga skrivast det at det skal vidare satsast på informasjon rundt tobakksrøyking og fysisk aktivitet (Graff-Iversen et al., 2015). To faktorar vi veit aukar risikoen for hjartekarsjukdom. I forskingsartikkelen ”The HUNT 2 and HUNT 3 Study” kunne dei konkludere med at depressive symptom i det heile tatt, i tidlegare friske menneskje, var eit signifikant og uavhengig føreseiing på at personen vil kunne få eit hjarteinfarkt innan 4-8 år. Denne gruppa hadde større sjans får å få eit hjarteinfarkt enn dei som røykte dagleg i eitt år! (OR 1.03 mot OR 1.04) (Langvik & Hjemdal, 2014, s. 563).

5.2 Kven blir deprimerte

Forsking seier ein del om kven som er disponible for å bli deprimerte. Vi veit at 20% av den generelle befolkninga vil utvikle ein depresjon ein gong i livet, og at 2/3 av desse vil få eit eller fleire tilbakefall (Svartdal, 2014, s. 229). Som nemnt i teoridelen er det og kjent at pasientar med eit dårleg nettverk i større grad blir deprimerte etter sjukdom (Gro, 2011, 69-78). Eit funn som støttar opp rundt denne teorien er i artikkelen ”Matters of the heart”. Her kjem det fram at dei pasientane som var minst opne med partneren sin rundt følelsane etter hjarteinfarkt i større grad opplevde stress og angst (So & La Guardia, 2010, s. 91). Då er det

realistisk å kunne antyde at dei pasientane som ikkje har/har eit dårleg nettverk i det heile, i større grad er utsette for å bli deprimerte.

Om vi ser vidare på Benner og Wrubels teori om stress og mestring, kjem ein fram til at for å handtere stress på ein god måte, treng ein å ha mestringsresursar (Benner og Wrubel, 1989, s.86). Dette ser ein også i forskinga. Det kjem fram at i ei gruppe pasientar som hadde eit høgt stress nivå, og eit lavt nivå av mestringstresursar etter eit infarkt, i større grad blei deprimerte enn referansegruppa. Dei kunne vise til at å vurdere kognitive og fysiske mestringsresursar hos infarktpasientane var ein av dei beste måtane å kartlegge kven som var i risikogruppa for å bli deprimerte (Di Benedetto, Burns, Lindner og Kent, 2009, s. 1068 – 1070). Dersom dette funnet er representativt og for norske pasientar, er det realitstik å tenkje at kartlegging av pasientanes tidlegare sjukdomsbilete og mestringsresursar kan vere ein god måte å finne risikogruppa for kven som blir deprimerte.

5.3 Kven skal informerast

Ei mogleg tilnærming til informasjonsdilemmaet kan vere å informere risikopasientane. I første punkt viser eg til at vi veit ein del om kven som ligg i risikogruppa for å bli deprimerte. Dette kan lede til at det burde vere mogleg, gjennom den informasjonen ein har på pasientane, å plukke ut enkelt menneskje å heller gje dei målretta informasjon. Mykje av problemet rundt den mangelfulle informasjonen ligg i tidsklemma til sjukepleiarane. Kollegaane mine seier at dei prioritetar å informere om kva som skal skje medan pasienten er på sjukehuset, og ikkje så mykje om tida etter. Forsking sei òg at berre 21% av sjukepleiarane meiner dei har nok tid til å informere rundt depresjon (Haws, Ramjeet, Grey, 2011, tabell 3 s. 3219). Ein bør nok vere kritisk til å berre informere ein gruppe av pasientane kring dette temaet, men ei styrke ved dette er at det ville vere mindre tidskrevjande for sjukepleiarane.

5.4 Kunnskap om depresjon

Her vil eg drøfte sjukepleiarens og pasientens kunnskap kring depresjon.

5.4.1 Sjukepleiarens kunnskap om depresjon

I artikkelen "A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs toward depression after myocardial infarction" blir sjukepleiarane spurde om kor mange av pasientane dei trur blir deprimerte etter eit hjarteinfarkt. Noko som er alarmerande her er at gjennomsnittet svarte 20 prosent, når det i realiteten er 45 prosent. (Haws et.al., 2011, s. 3217) Er det då realistisk å tenkje at sjukepleiarane ville fokusert meir på informasjon om depresjon om dei hadde meir kunnskap kring dette? I dei yrkesetiske retningslinjene snakkar vi blant anna om å halde ein høg etisk standar i sjukepleiaryrket (Brinchmann, 2008, s. 98-103). Men om sjukepleiarane går rundt med eit for lavt kunnskapsnivå om sjukdomsbiletet til infarktpasientane, kva sei det om forsvarlig sjukepleie? Eit punkt som er verdt å ta med er også legane svarte feil på spørsmålet rundt prevalens om depresjon etter eit hjarteinfarkt, så dette er eit problemområde for dei og. Den same artikkelen viser dessutan at berre litt over halvparten av sjukepleiarane var komfortable med å informerte/spørje pasientane om ein eventuelle depresjon (Haws et.al., 2011, s. 3217 og tabell nr. 3 s. 3219). Om problemet ligg i at sjukepleiarane vel å ikkje informere pasientane fordi dei er utrygge, kan undervising og utdanning av helsepersonellet vere eit godt tiltak for å fjerne denne hindringa.

5.4.2 Pasientens kunnskap om depresjon

Ei tilnærming til korleis ein kan forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon er å gje pasienten ei forståing om kva symptoma på ein depresjon er. Der er forskjellige symptom ein kan gå etter, men det som kanskje er lettast og mest konkret for pasienten å halde seg til, er søvn. I forskingsartikkelen "Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a cardiac event" kjem dei fram til at ved den gruppa pasientar som hadde søvnevanskar fire månadar etter infarkt, ville 90% vere deprimerte tolv månadar etter infarkt. I denne studia var det eit svært enkelt skjema som blei brukt til å kartlegge søvnevanskar. Her skulle pasienten enkelt å greitt krysse av for om; ein sov som vanleg, ein sov litt meir enn vanlig, ein sov mykje meir en vanlig, ein sov stort sett heile dagen, ein sov litt mindre enn vanlig, ein sov mykje mindre enn vanlig eller ein vaknar ein til to timar tidligare enn vanlig, og klarar ikkje sovne igjen (Le Grande, Jackson, Murphy & Thomason, 2015, s. 55).

Sidan ein eventuell depresjon normalt sett ikkje oppstår før tre månadar etter hjarteinfarkt er tidsrommet for denne typen informasjon relativt stort (Haws et al., 2011, s 3215). Sett i

samanheng med søvnevanskar som nemnt i teksta over, ser ein at det også blir registrert fleire månadar etter det aktuelle infarkt (Le Grande et al, 2015, s. 55). Kunne ein då kunne antyde at informasjon om dette temaet kan vente, og at kommunehelsetenesta kan ta seg av dette? Likevel må ein ha det preventive blikket med seg. Med sekundærførebygging som mål, (minske sjukdomens omfang og førebygge tilbakefall) kan desse telefonsamtalene, i kombinasjon med eit enkelt spørjeskjema vere ei løysing (Grønseth & Nortvedt, 2010 s. 21). Og då kan både sjukepleiarane på avdeling utføre desse samtalene, eller helsepersonellet i kommunehelsetenesta alt etter korleis dette organiserast.

5.5 Undervisningsgrunnlag

Empowerment er eit viktig perspektiv å ha med seg som sjukepleiar. Ved å undervise pasienten kan ein seie at vi driv med både empowerment og sekundærførebygging (Askheim & Starrin, 2008, s. 21-23)(Grønseth & Nortvedt, 2010, s. 21). Ved å motstandsdyktiggjere pasienten for ein mogleg depresjon er brukarmedverking eit godt verkty. Når pasienten får medråderett, og føler seg inkludert i valtakinga har ein eit betre grunnlag for å lykkas, då pasienten vil få eit eigarskap i det som blir bestemt. Informasjon gir eit betre grunnlag for meistring, seiast det (Grov, 2011, s.92). Ein pasient uttrykte det slik: "You can't expect the doctor to take care of you anymore. You've got to take care of yourself. You've got to know what's going on" (Decker et al., 2007, s.463). I dette tilfellet er det tydelig at pasienten tek ansvar for si eiga helse. Han etterspør informasjon, og er innforstått med at han når han kjem heim, kan han ikkje like enkelt få svar på spørsmåla sine, og at ein då må take vare på seg sjølv. Pasientar med ei slik haldning vil gje eit godt grunnlag for pasientundervisning. Det er tydeleg at pasienten er inne i bearbeidingsfasa, og moglegheitene for undervisning er gode (Cullberg, 2010, s.138).

På den andre sia er det heller usannsynleg at pasienten vil vere i bearbeidingsfasa dersom han maksimalt på dag 4 etter infarkt. Ser vi til Cullbergs kriseteori, er pasienten mest sannsynlig i enten sjokk- eller reaksjonsfasa (Cullberg, 2010, s.138). Det er ei avgrensing at pasienten ikkje er i rett stadie under sjukehusopphaldet. Om vi strekk oss til siste dag av opphalde, kan vi håpe på at pasienten er i reaksjonsfasa, og ikkje sjokkfasa. I reaksjonsfasa er det mogleg å gje informasjon, sidan pasienten no blir nøydd til å forstå kva som har hendt. Men ein bør vere kritisk til å tenkje at det er realistisk at pasienten vil ha nytte av informasjon om

depresjon i dette stadiet.

5.6 Pasientinformasjon, medverknad og pasientens rolle

At det å inkludere pasienten i behandlingssopplegget fremmar meistring er eit kjent faktum (Gro, 2011, s.92). Og at pasientane ynskjer å bli inkluderte er heller ikkje utkjent. Ein pasient sa det slik: "It is important for me to feel like I'm a part of the process, to heal and get back to normal" (Decker et.al, 2007, s.461). Det er svært positivt at pasienten tek ansvar for si eiga helse på denne måte, men likevel er det ikkje heilt problemfritt å skulle inkludere pasienten i alle avgjerslene.

Lovverket seier at pasienten har rett til å medverke i gjennomføringa av den helsehjelpa dei får, men også at dei skal ha fått tilstrekkelig med informasjon, slik at dei forstår situasjonen dei er i (Pasientrettighetslova, 1999). Går ein vidare til Cullbergs kriseteori, veit vi at i både sjokk- og reaksjonsfasa kan pasienten ha store problem med å ta inn over seg både sjukdomsbilete sitt og vidare informasjon (Cullberg, 2010). Følgjeleg kan ein sette spørsmål ved om pasienten er informert nok til å ta slike avgjersle. Pasientane sjølv uttrykte og at informasjonsbehovet deira endra seg gjennom forløpet (Decker et.al, 2007, s.462-463).

5.7 Hjarteinfarktpasientanes informasjonsbehov

I artikkelen "A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge" står det at ein av dei viktigaste delane av behandlinga av infarktpasientar er å informere og opplyse pasientane kring sitt sjukdomsbilete. Dette veit vi og sett i frå eit empowerment-perspektiv. Likevel skriv dei og at fleire studie viser at denne pasientgruppa meiner dei får for lite informasjon.

Artikkelen skriv vidare at det er mogleg feilen ligg i at ein informerer pasientane til feil tid (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2004, s. 37). På bakgrunn av dette kan ein igjen sjå til Cullbergs kriseteori. Om det stemmer det artikkelen ser på som feilen, informasjons tidspunktet, veit vi at om ein informera i dei tidlige fasen av sjokket, blir det i lav grad hugsa (Cullberg, 2010).

I ei studie gjort på Haukeland Universitetssjukehus fekk pasientane i oppgåve å svare på kva dei fekk mest og minst informasjon om under sjukehusopphaldet. Her svarte dei at mest informasjon blei gitt om røyking, kva eit hjarteanfarkt var og kva årsakene til ein hjarteanfarkt var. Det dei fekk minst informasjon var om seksuell aktivitet, bruk av medikament, jobb og livsstil og problem ein kan møte på etter infarkt. Eit anna interessant funn var at lengda på sjukehusopphaldet ikkje hadde noko påverknad på kor mykje informasjon som blei gitt (Oterhals, Hanestad, Eide og Hanssen, 2006, s. 306).

Her er fleire artiklar som viser til at pasientane er fornøgde med å få oppfølging over telefon. (Oranta, Luutonen, Salokangas, Vahlberg & Leino-Kippi, 2010, s. 49, 52-54). I ein annan artikkel som utforskar kva ynskje pasientane har for oppfølging etter utskrivinga, kjem det fram at mange er fornøgde med oppfølging over telefon, eventuelt ei opa telefonlinje. Tanken rundt den opne telefonlinja var at fleire av pasientane seier at dei ikkje har så mange spørsmål når dei er på sjukehuset, og at dei heller begynn å lure på noko når det oppstår ein så kalla "informasjons hull". Då kan den omtalte telefonlinja vere eit godt tilbod, til når spørsmåla dukkar opp (Hanssen et al, 2004, s.42).

5.8 Kostnadar

Kva vil det ha å seie for samfunnet om ein ikkje lykkast med å informere om mogleg depresjon? Riktig nok veit ein allereie at hjerte- og karsjukdom som pasientgruppe er ei av dei med høgst kostnadsbilete rundt seg. Vi veit at etter å ha hatt eit infarkt, er sjansen for å få eit til høgre enn ved resten av befolkninga (Mæland, 2014, s. 25). Ved ein eventuell depresjon, viser og forskning at sjansen for å utvikle eit infarkt er høg (Hjemdal & Langvik, 2014, s.564).

I Finland var der eit prosjekt som såg på kva grupper av infarktpasientane som brukte mest helsetenester. Dei sette i gong eit prosjekt der ein psykiatrisk sjukepleiar fekk eit dagskurs i det dei kallar Interpersonal Counseling (IPC). Deretter fekk eit utval av pasientane tilbodet om å delta i dette. Kvar pasient fekk i alt seks IPC timar, der fokuset i samtalane skulle vere depresjon. I likeheit med Noreg har infarktpasientane i Finland kort liggetid på sjukehuset (3-4 dagar). Så berre ei av samtalene føregikk på sjukehuset, og resten over telefon. Funnet var at dei pasientane som fikk IPC behandlingar, brukte i mindre grad helsetenester enn dei som

ikkje fikk det. Studia konkludera med at behandling av infarktpasientar, sett i perspektiv av kostnadseffektivitet, vil tene på å bruke denne metoden (Oranta et al., 2010, s. 49, 52-54).

Er dette då eit tiltak som kunne fungert i den norske helsetenesta? Hanssen et al. sin studie konkluderer med fleire av dei same funna rundt telefonkontakt, og denne studia er utført på Haukland sjukehus (Hanssen et al., 2004, s. 42). Følgjeleg kan ein slutte at dette ville fungert i eit kostnadseffektivt perspektiv her òg.

5.9 Tidsklemma

Som nemnt tidlegare i drøftinga var der ein forskingsartikkel som gjorde eit interessant funn: lengda på sjukehusopphaldet ikkje hadde noko påverknad på kor mykje informasjon som blei gitt til pasientane (Oterhals et al., 2006, s. 306). Midlertidig seier sjukepleiarane at grunnen til den mangelfulle informasjonen ligg i tidsklemma; kollegaane mine vel å informere om kva som skal skje under opphaldet, og ikkje så mykje om tida etter. Forsking sei òg at berre 21% av sjukepleiarane meiner dei har nok tid til å informere infarktpasientane rundt depresjon (Haws, Ramjeet, Grey, 2011, tabell 3 s. 3219). På bakgrunn av dette, kan ein sjå til funnet som blei gjort om sjukepleiaranes tankar rundt prevalens av depresjon. Forskinga viste dei trudde berre 20%, mot i realiteten 45%, blei deprimerte etter eit hjarteinfarkt (Haws et.al., 2011, s. 3217). På bakgrunn av dette, kunne ein antyde at problemet mogleg ikkje ligg i tidsklemma, men i kunnskapsnivået til sjukepleiarane.

Kvifor eit lengre opphald på sjukehus ikkje resultera i ei større grad av gitt informasjon er usikkert, men riktig nok er der berre ein av forskingsartiklane mine som har dette funnet. Midlertidig kjem det fram i at pasientane er redde for å forstyrre ein travel sjukepleiar, då ein av artiklane har dette funnet. Den same artikkelen har funn som viser til at helsepersonell har heller dårlege undervisningsevner. Noko som samsvarar med at det dessutan viser seg at sjukepleiarane ofte misstolkar kva pasienten spør etter og at vi har eit anna syn en pasientane på kva som er viktig informasjon (Hanssen et al., 2004, s. 41).

Når riksrevisjonen tok føre seg samhandlingsreforma, kom det fram at der var ein heil del som ikkje fungerte slik de skulle. Eitt av punkta var den korte liggetida på sjukehuset, som

resultera i at sjukare pasientar kjem ut i kommunehelsetenesta. Riksrevisjonen seier at det desentraliserte tilbodet ikkje er godt nok. Sjølv om pasientane aukar i antall, og behovet blir større og meir avansert, har ikkje kommunane auka kapasitet eller styrka kompetansen i stor nok grad (Riksrevisjonen, 2015). Korleis kan vi då forvente at pasienten skal få den informasjonen som ikkje blir gitt på sjukehuset når dei kjem heim? Er då oppfølgingssamtaler frå sjukehuset på telefon eit alternativ? Fleire av pasientane har uttrykt at dei synes denne forma for oppfølging fungerte godt (Oranta et al., 2010, s. 52-54) I den øvre delen av drøftinga problematiserte eg at depresjonen oftast ikkje oppstår før etter tre månadar, følgjeleg vil det bety at pasienten er i kommunehelsetenesta i den tida depresjonen oppstår.

5.10 Problemstillinga blir gjenteke

”Korleis kan sjukepleiar gjennom informasjon forberede pasienten på mogleg post infarkt depresjon?”

No har eg sett på fleire av dei ulike aspekta ved sjukdom- og behandlingløpet til hjarteinfarktpasientane. Eg har prøvd å setje fokus på kva som hindrar at informasjon blir gitt frå sjukepleiarane si side, kva pasientane ynskjer av informasjon og deira undervisningsgrunnlag. Eg har sett på når informasjonen mest hensiktsmessig burde blir gitt, sett i perspektiv av den didaktiske relasjonsmodellen, Benner og Wrubels stress- og meistring teori og Cullbergs kriseteori. Eg har og sett på problemstillinga i fht. Kostnadar.

6.0 Avslutning

Etter å ha kartlagt fleire av hindringane i kvardagen til sjukepleiarane, ser ein at her er mange forskjellige tiltak som må i verksetjas om ein skal kome fram til ei endeleg løysing. Tanken om å utforme ein mal eller ei prosedyre ser eg vil vere vanskeleg. Pasientane vil vere i forskjellige krisefraser, dei vil ha ulike meistringsstrategiar og ulike behov. Likevel veit ein at noko må gjerast. Altfor mange pasientar seier dei får for lite informasjon om depresjon, og enda fleire sjukepleiarar seier dei prioritetar dette vekk. På ein eller annan måte må ein kunne sørgje for at pasientane vil få den informasjonane dei treng, og har rett på, før ein eventuell depresjon oppstår. Korleis eit slik tilbod kan utformast er vanskeleg å føresei. Men faktumet at fleire av artiklane sei at telefonsamtalar var å føretrekke frå pasientane si side, gir ei mogleg løysing. Likevel må dette og utformast og organiserast. Ein blir nøydd til å bestemme seg for om spesialisthelsetenesta eller kommunehelsetenesta skal ta på seg denne oppgåva. Det er ein lang veg å gå før ein slik prosess vil vere ferdigstilt, men det viktigaste er uansett at nokon tek ansvar for å gjere det.

Referanseliste

- Askheim, O. P., & Starrin, B. (red.) (2008). *Empowerment i teori og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.) (2010) *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.) (2010) *Klinisk sykepleie 2* (4. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask* (1. utg.). På dansk ved Amnon Lev. København: Hans Reitzel Forlag AS
- Bech, P. (red.) (2001). *Depressionssydommen og dens behandling* (1. utg.). København: PsykiatriFondens Forlag
- Benner, P. & Wrubel, J. (2002). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sykdom* (The primacy of caring) (1. utg.). Oversatt av Hanne Steinicke. København: Munksgaard
- Björklund, L. (2005). *Tid til trøst – om de vanskelige møtene*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brinchmann, B. S. (red.)(2008) *Etikk i sykepleien* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Christensen, S. L., & Jensen, B. H. (2002). *Pedagogikk og pasientutdanning – Sykepleierens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe forlag
- Christiansen, B. (red.) (2013). *Helseveiledning* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Norge: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan D, M., Nugent, K., Shipman, A., & Spertus, J. A. (2007). Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of treatment and Recovery I: *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol 22, no 6, (s. 459-465) doi: 10.1097/01.JCN.0000297391.11324.0f
- Di Benedetto, M., Len Burns, G., Linder, H., & Kent, S. (2010). A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes I: *Psychology and Health*, Vol. 25, No. 9, November 2010, 1061–1075. doi: 10.1080/08870440903019535
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Fagermoen, M. S. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: Almås, H., Stubberud, D-G og Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1 – bind 1* (4. utg.) (s. 17-31) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fredriksson-Larsson, U., Alsén, P., Karlson, B. W., & Brink, E. (2015). Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies I: *Journal of Clinical Nursing*, 2015, Aug;24(15-16):2192-20. Doi: 10.1111/jocn.12876
- Glistrup, K. (2012). *Snakk om angst og depresjon med barn og voksne i alle aldre* (1. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Graff-Iversen, S., Selmer, R., Tverdal, Å., & Hånes, H. (2012). Faktaark frå Folkehelseinstituttet, *Hjerte- og karregisteret*. Sist endra 04.11.15. Henta 01.04.16 fra Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>
- Graff-Iversen, S., Sakshaug, S., Selmer, R., & Selmer, R. (2014) Hjerte- karsykdommer i Norge – Folkehelse rapporten 2014. Hentet 30.03.16 fra Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110411>
- Grov, E. K. (2011). Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient I: Holter, I. M. & Mekki T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. utg.) (s.69-80) Oslo: Akribe AS
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2010) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar I: Almås, H.,

- Stubberud, D-G & Grønseth, R (red.) *Klinisk sykepleie 1 – Bind 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44 8p.
- Haws, J., Ramjeet, J., & Gray, R. (2011). A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(21/22), 3215-3223 9p. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03828.x
- Hjemdal, O. & Langvik, E. (2014). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. *Psychology, Health & Medicine*, 20:5 (s. 560-569) Doi: 10.1080/13548506.2014.989864
- Holter, I. M. & Mekki T. E. (red.) (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. utg.). Oslo: Akribe AS
- Hummelvoll, J. K. (2014). *HELT- ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdom. I: Knutstad, U (red.) *Sykepleieboken 3 - Klinisk sykepleie* (1. utg.) (2008). Oslo: Akribe
- Håkonsen, K. J. (2011) *Innføring i psykologi* (4. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, B. (1998). *Eksistensens Psykologi – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag AS
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2010). *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kassah, A. K (red.), Kassah, B. L. L., & Tingvoll, W-A. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen – kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kjøllestad, A., & Moesmand, A. M. (2007). *Å være akutt kritisk syk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (red.) (2006). *Grunnleggende Sykepleie – bind 3* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2006) Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende Sykepleie – bind 3* (1. utg.) (s. 206-270) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Le Grande, M. R., Jackson, A. C., Murphy, B. M., & Thomason, N. (2015) Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a cardiac event. *Psychology, Health & Medicine*, 21:1, (s. 52-59) Doi: 10.1080/13548506.2015.1040032

Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig Hjerterehabilitering* (2. utg.). Norge: Høyskoleforlaget

Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Hjerteregisterets statistikkbank. Link:

<http://statistikk.fhi.no/hkr/>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere* (1. Utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund

Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310 8p.

Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. K. R., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2012). Depression-Focused Interpersonal Counseling and the Use of Healthcare Services After Myocardial Infarction. *Perspectives In Psychiatric Care*, 48(1), 47-55 9p. doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00305.x

Riksrevisjonen, Dokument 3:5 (2015-2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

So, S. S., La Guardia, J. G. (2009) Matters of the heart: Patients' adjustment to life following a cardiac crisis. *Psychology and Health*, Vol. 26, Supplement 1, May 2011 (s.83-100) doi: 10.1080/ 08870441003690456

- Stubberud, D-G. (2011). Sirkulasjon. I: Holter, I. M. & Mekki T. E. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. Utg.). (s. 390-432) Oslo: Akribe AS
- Svartdal, F. (red.). (2011). *Psykologi i praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thidemann, I-J (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Travelbee, J. (1999). *Mellomenneskelige forhold i sykepleien* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (red.) (2014). *Hverdagsrehabilitering* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Vifladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring* (1. utg.). Oslo: NKLMS
- Wasserman, D. (2000). *Depression – en almindelig sykdom* (2. Utg.). På dansk ved Finn Abrahamowitz. København: Hanz Reitzels Forlag AS.
- Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2806-2813 8p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x

Vedlegg 1

Artikkel 1

År, Land	2011, England
Database	Cinahl
Forfattar	Joanne Haws Janet Ramjeet Richard Gray
Tittel	<i>A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Å utforske legar og sjukepleiarars haldningar til depresjon etter hjarteinfarkt
Resultat	Tilsette i primerhelse-tenesta undervurdera prevalens av depresjon etter hjarteinfarkt. Depresjon er under-diagnostisert hos denne gruppa pasientar grunna dette.

Artikkel 2

År, Land	2006, Norge; Haukeland
Database	Cinahl
Forfattar	Kjersti Oterhals Berit R. Hannestad Geir E. Eide Tove A. Hanssen
Tittel	<i>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Å utforske førehaldet mellom gitt informasjon og tilfredsheit i helsetenesta etter hjarteinfarkt
Resultat	Des meir informasjon gitt, des meir fornøgde var pasientane med sjukehusopphaldet. Pasientane ynskje meir informasjon etter heimkomst.

Artikkel 3

År, Land	2004, Norge; Haukeland
Database	Cinahl
Forfattar	Tove A. Hanssen Jan Erik Nordrehaug Berit R. Hanestad
Tittel	<i>A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge</i>
Metode	Kvalitativ
Hensikt	Å utforske informasjonsbehovet til hjerteinfarkt pasientar på sjukehus, og kva kontakt dei ynskje etter utskriving
Resultat	Undersøkinga viser at der er ein systemisk svikt i å møte sjukehuspasientars informasjonsbehov.

Artikkel 4

År, Land	2010, England
Database	Cinahl
Forfattar	Abebaw M. Yohannes Patrick Doherty Christine Bundy Ali Yalfani
Tittel	<i>The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life.</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Å utforske kva effekt ei 6-vekers rehabiliterings hos hjerteinfarkt pas. har på depresjon, angst, fysisk aktivitet og livskvalitet.
Resultat	Rehabilitering har god effekt på alle punkt så lenge som tolv månadar etter opphaldet.

Artikkel 5

År, Land	2010, Finland
Database	Cinahl
Forfattar	Olli Oranta, Sinikka Luutonen, Ramino K. R. Salokangas Tero Vahlberg Helena Leino-Kilpi
Tittel	<i>Depression-Focused Interpersonal Counseling and the Use of Healthcare Services After Myocardial Infarction</i>
Metode	Kvalitativ/mixed methods
Hensikt	Å finne ut om ”mellom-menneskeleg rådgiving” (IPC) frå sjukepleiar til pasient har noko effekt på seinare bruk av helsetenestar
Resultat	Pasientane som fekk desse IPC samtalane brukte mindre helsetenester i 6-18 månadar etter utskrivinga

Artikkel 6

År, Land	2015, Australia
Database	Cinahl
Forfattar	Michael R. Le Grande, Alun C. Jackson Barbra M. Murphy Niel Thomason
Tittel	<i>Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a cardiac event</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Å få svar på prevalens av forstyrra søvn blant hjertepasientar over ei 12 månadar periode, og vurdere kva førehald dette hadde for behandlings compliance, mestringsevne, angst og depresjon
Resultat	Pasientane som hadde søvn forstyrrelser etter fire månadar, viste negative symptomi ifht. behandlings compliance, mestringsevne, angst og depresjon etter 12 månadar

Artikkel 7

År, Land	2014, Norge
Database	Cinahl
Forfattar	Eva Langvik Odin Hjemdal
Tittel	<i>Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Å finne ut om tidlige depresjon kan seie noko om grunnlaget for å få eit hjarteinfarkt ved elles friske pasientar
Resultat	Depresjon viser seg å være ein forutsignad for utvikling av eit infarkt ila. 4-8 år. Angst hadde ingen innverknad.

Artikkel 8

År, Land	2007, USA
Database	Cinahl
Forfattar	Carole Decker Linda Garavalia Connie Chen Donna M. Buchanan Karen Nugent Amy Shipman John A. Spertus
Tittel	<i>Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery</i>
Metode	Kvalitativ
Hensikt	Finne ut kva preferansar hjarteinfarkt pasientar har angående å bli involverte i valtakinga under behandlings forløpet

Resultat	Pasientanes informasjonsbehov endrar seg over tid. Dette viser seg å vere i ei stigande grad, og ein må vurdere pasientens ønske ila opphaldet
----------	--

Artikkel 9

År, Land	2010, Canada
Database	Cinahl
Forfattar	Sharon S. So Jennifer G. La Guardia
Tittel	<i>Matters of the heart: Patients' adjustments to life following a cardiac crisis</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Utforskar forholdet i ein partnerskap, og korleis pasientanes psykiske helse enten forverra eller betra seg, når pasienten ikkje delte opplevingar/følelsar rundt hendelsen.
Resultat	Des mindre pasientane delte med sin partner, des verre var deira psykologiske tilstand, og relasjonen i forholdet.

Artikkel 10

År, Land	2009, Australia
Database	Cinahl
Forfattar	Mirella Di Benedetto G. Len Burns Helen Lindner Stephen Kent
Tittel	<i>A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes</i>
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Utforskar forholdet mellom oppfatta stress og mestringsressursar og dens betydning for utvikling av depresjon etter hjarteinfarkt
Resultat	Høgt stressnivå og få mestringsressursar gir økt prevalens av depresjon. Høgt stressnivå viser til lave mestringsressursar,

	<p>Lave mestringsressursar gir større grunnlag for depresjon.</p> <p>Kognitive og fysiske mestringssevner trenger å bli vurdert når ein behandlar hjerte-kar sjuke.</p>
--	---