

VI ER TO OM SYKDOMMEN DIN

«På hvilken måte kan sykepleier på en sengepost ivareta behovet for informasjon hos partner til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt»

Kandidatnummer: 449
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie,
emne 14B

Antall ord: 8907

Dato: 12.04.2020



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel: Vi er to om sykdommen din	
<p><u>Problemstilling:</u> «På hvilken måte kan sykepleier på en sengepost ivareta behovet for informasjon hos partner til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt.»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens teoretiske grunnlag er knyttet til hjerteinfarkt, pårørendes rolle og sykepleierens pedagogiske funksjon. Den didaktiske relasjonsmodellen presenteres som et verktøy sykepleiere kan benytte ved informasjon til pårørende. Teorien vil til slutt se på relevante juridiske og etiske hensyn.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave, hvor faglitteratur og fire forskningsartikler skal belyse oppgavens problemstilling. Forskningsartiklene er fra databasene CINAHL og Svemed+ hvor relevante søkeord har blitt benyttet, som «Myocardial Infarction», «Spouses», «Information needs» og «Support, Psychosocial»</p> <p><u>Drøfting:</u> Informasjon avhenger av partnerens rolle til pasienten og det rettslige grunnlaget, som er styrende for sykepleieres viderefremming. Sykepleier må være godt kjent med hva pasienten tillater av informasjon. Funn viser at partnere har sterke emosjonelle reaksjoner etter et hjerteinfarkt, som kan redusere mottakeligheten for informasjon. Sykepleier bør ha forståelse og kunnskap om stress og krisemestring ved akutt sykdom. Videre opplevde partnerne ufullstendig eller ingen form for informasjon under sykehusoppholdet, selv om sykepleierne mente de hadde informert. Sykepleier bør tilrettelegge for samtaleens omgivelser og rammer, da dette er betydningsfullt for hvordan partneren mottar og opplever informasjonen.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å ivareta partnerens informasjonsbehov bør sykepleier identifisere hvilken kunnskap den enkelte trenger. En måte å gjøre dette på er at sykepleier utvikler en relasjon til partner gjennom aktiv lytting. Sykepleier må inneha en interessert, utforskende og informasjons-givende holdning, og ta hensyn til situasjonen som partneren befinner seg i. Ønsket er at partner kan fortelle med egne ord hva som er viktig for akkurat han/henne. Når sykepleier får innsikt i hva vedkommende trenger av informasjon, bør innholdet tilpasses individuelt slik at det imøtekommer partnerens informasjonsbehov.</p>	

(Totalt antall ord:295)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn for tema.....	2
1.2	Oppgavens hensikt	3
1.3	Sykepleiefaglig relevans.....	3
1.4	Problemstilling	3
1.5	Kontekst.....	4
1.6	Avgrensning.....	4
1.7	Videre disposisjon av oppgaven.....	4
2	Teoretisk grunnlag	6
2.1	Hjerteinfarkt	6
2.2	Behandling	6
2.3	Ivaretagelse av psykososiale behov	7
2.4	Pårørende.....	7
2.4.1	Pårørende ved akutt sykdom.....	8
2.5	Informasjon	8
2.5.1	Informasjon til pårørende	8
2.5.2	Sykepleiers pedagogiske funksjon.....	9
2.6	Didaktiske relasjonsmodellen	10
2.7	Etiske og juridiske hensyn.....	12
3	Metode	14
3.1	Litterær oppgave.....	14
3.2	Søkehistorikk.....	14
3.2.1	Tabell 1: Søkehistorikk.....	16
3.2.2	Inklusjonskriterier.....	17
3.2.3	Tabell 2: Inklusjonskriterier	17
3.3	Anvendt faglitteratur	17
3.4	Kildekritikk	18
3.4.1	Faglitteratur	18
3.4.2	Forskningslitteratur.....	19
3.5	Etiske vurderinger	20
4	Presentasjon av forskningsartikler	21
4.1	Tabell 2: Artikkelmatrise	21
5	Diskusjon.....	24
5.1	Partnerens forutsetninger for læring og mestring	24
5.2	Situasjon/kontekst og rammefaktorer	26
5.3	Informasjonens innhold med utgangspunkt i partnerens behov og ønsker	27
5.4	Tilrettelegging og metodikk	30
5.5	Prosessvurdering.....	32
6	Konklusjon	33
7	Referanseliste	35

1 Innledning

Oppgavens tema er pårørendes behov for informasjon når en nærstående blir rammet av akutt hjerteinfarkt. Kapitlet vil presentere bakgrunn for tema, herunder oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Dette vil knyttes til en selvvalgt problemstilling, hvor kontekst og avgrensninger vil tydeliggjøres. Avslutningsvis beskrives oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for tema

Der det er pasienter, er det pårørende. Noen er pårørende over lengre tid, og andre har rollen i korte og intense perioder. Ved akutt sykdom er den største utfordringen å oppleve kontroll og mestring ovenfor sykdommen. I slike situasjoner beskrives behovet for informasjon som stort (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.112). Informasjon gir økt oversikt og forståelse over situasjonen, kan avdramatisere forestillinger og redusere angst ovenfor det ukjente (Stubberud, 2016, s.357).

Et hjerteinfarkt er prototypen på en akutt og alvorlig sykdomstilstand. Ifølge folkehelseinstituttet (2019) ble 13 209 personer innlagt på sykehus med hjerteinfarkt i 2018. Statistikken viser at det er mange pårørende som gjennomgår hjerteinfarkt. Omstilling etter et infarkt kan ta mange år. Både forskning og litteratur viser at hjerteinfarkt tærer på pårørende, og da spesielt på pasientens partner etter trussel om tap av livsledsager. Stress og usikkerhet, samt utvikling av depresjon og angst, er gjentakende beskrevet hos partner etter gjennomgått hjerteinfarkt (Stubberud,2016, s.381; Eikeland et al.,2016, s.230; Nordahl, 2012; Arefjord, 2004, avsn. 6).

Jeg er opptatt av hvordan helsepersonell informerer, hvem vi informerer til og hva vi informerer om. I dagens helseorganisering har pasienter kort liggetid i spesialisthelsetjenesten, som utfordrer møte med sykdom, behandling og omstilling i livsstil, også for pårørende. Min erfaring er at det ikke eksisterer noe system eller oppfølging av informasjon til pårørende. Det gjør at pårørendearbeid, som i utgangspunktet skal være en sentral sykepleieroppgave, fort nedprioriteres i en hektisk hverdag. Jeg ønsker derfor å belyse pårørendes informasjonsbehov etter et hjerteinfarkt, nærmere bestemt hos infarktpasientens partner. Dette er fordi vi ser at denne målgruppen trenger å bli bedre ivaretatt. I tillegg kan informasjon bidra til å forebygge psykiske belastninger som sees hos denne gruppen (Stubberud, 2019, s.182-184).

1.2 Oppgavens hensikt

Oppgaven ønsker å undersøke sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med partner til infarktpasienten i spesialisthelsetjenesten. Hensikten er å bidra til økt forståelse om *hvilken* informasjon partneren har behov for etter et hjerteinfarkt, og *måten* den bør formidles på av sykepleier. Ivaretagelse av informasjonsbehovet kan forhåpentligvis påvirke partnerens tilpasnings- og mestringsevne til situasjonen, og dermed redusere negative reaksjoner som sees i etterkant. Dermed kan sykepleier også sikre en bedre og mer forsvarlig overgang til hjemmet (Helsepersonelloven, 1999, §4).

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Fra ett sykepleier perspektiv er det viktig å utforske partnerens behov etter et hjerteinfarkt med hensyn til pasientens behandlingsresultat. Hvordan partneren mestrer situasjonen kan påvirke pasientens rehabilitering og emosjonelle tilpasning til sykdommen. Pårørende står i særstilling i forhold til støtte, påvirkning og omsorg, og da spesielt pasientens partner, som også deler historie og hverdagsliv (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.16). Med andre ord, ved å ivareta partneren hjelper også sykepleier pasienten.

Temaet er aktuelt for sykepleiere ettersom informasjon er et svært viktig prinsipp i norsk helsevesen. Retten til informasjon er strengt regulert gjennom lovverk, rettigheter og retningslinjer. Pårørendes rolle og relevans har også blitt tydeliggjort i samfunnet det siste året. I desember 2020 lanserte regjeringen en ny pårørendestrategi, «*Vi- de pårørende*», hvor hensikten er å anerkjenne pårørende som en ressurs, og at de kan leve gode liv. Begrepet ressurs benyttes for å tydeliggjøre pårørendes betydning for sine nærmeste, men også for samfunnet. Selv om pårørende er mange og forskjellige, har de ofte felles utfordringer og behov. Pårørendes behov for informasjon er sentralt og gjennomgående i strategien, som sees i sammenheng med oppgavens tema (Regjeringen, 2020, s.17).

1.4 Problemstilling

På bakgrunn av presentert tematikk og erfaring har følgende problemstilling blitt utarbeidet:

«På hvilken måte kan sykepleier på en sengepost ivareta behovet for informasjon hos partner til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt.»

1.5 Kontekst

I denne oppgaven er konteksten på en sengepost. Sengepost er valgt fordi litteratur viser at det er her pårørendes informasjonsbehov ikke blir ivaretatt av sykepleiere (Eikeland et al., 2016, s.251). Infarktpasienten blir overflyttet fra en spesialisert avdeling til sengepost så fort den akutte fasen er over og tilstanden er stabil. Gjennomsnittlig sykehusopphold er tre til fem dager ved hjerteinfarkt (Ellingsen, 2016, s.85).

1.6 Avgrensning

Tradisjonelt har hjerte- og kar sykdommer vært et typisk helseproblem hos middelaldrende menn, men ettersom kvinner har en økende forekomst så vil oppgaven inkludere begge kjønn. Statistikk viser at 40% av kvinner dør av hjerte og karsykdom (Stubberud, 2016, s.22-25). En partner, altså pasientens pårørende, kan være en kvinne eller mann. Det må tydeliggjøres at oppgaven tar høyde for at en partner kan enten være kjæreste eller lovlig gift med pasienten som er rammet av hjerteinfarkt. Paret må riktignok dele en felles husholdning og livsstil. Det er fordi nødvendige livsstilsendringer etter et infarkt vil da også påvirke partnerens hverdag, som kan innvirke på deres informasjonsbehov (Stubberud, 2016, s.381-382). Ytterligere avgrensninger er at partneren må være kognitivt oppegående og ikke være fremmedspråklig. Pasienten må være samtykkekompetent, som er for å unngå unntaksbestemmelser med hensyn til oppgavens omfang.

I 2018 var 14% av sykehusinnleggelsene allerede registrert i løpet av de fire forutgående årene med hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2019). Denne oppgaven vil kun vektlegge førstegangsinfarkt. Dette er for å sannsynliggjøre målgruppens kunnskap og erfaring med sykdomstilstanden fra før. Videre avgrensinger er aldersbetinget, da fokuset er partnere og pasienter som er i yrkesaktiv alder. Dette er for å trekke inn det samfunnsøkonomiske perspektivet. I tillegg er det et stigende antall sykehusinnleggelser blant yngre mennesker av førstegangsinfarkt (Ellingsen, 2016, s.55)

1.7 Videre disposisjon av oppgaven

Oppgaven vil ta for seg seks kapitler. Kapittel 2 beskriver teoretisk kunnskap i lys av oppgavens problemstilling. Deretter følger kapittel 3, som presenterer oppgavens metode. I dette kapitlet vil jeg utdype søk etter fag- og forskningslitteratur, samt kildekritikk og etiske

overveielser. I kapittel 4 fremstilles en artikkelmatrise av valgt forskningslitteratur, samt en oppsummering av hovedresultatene. Kapittel 5 presenterer diskusjonsdelen med utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen. Her drøftes fag- og forskningslitteratur sammen med juridiske og etiske aspekter. Kapittel 6, som er oppgavens siste kapittel, oppsummerer innhold og besvarer oppgavens problemstilling.

2 Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet vil faglitteratur presenteres i lys av oppgavens problemstilling. Teori er knyttet til hjerteinfarkt, pårørendes rolle og sykepleierens pedagogiske funksjon. Den didaktiske relasjonsmodellen presenteres som et verktøy ved informasjon til pårørende. Kapitlet vil til slutt beskrive relevante juridiske og etiske hensyn.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjertet er en muskel som sørger for at kroppens organer får oksygenrikt blod.

Det kan oppstå sirkulasjonsforstyrrelser i hjertet hvis blodtilførselen er redusert eller opphørt på grunn av trange eller tette koronararterier. Det kalles et hjerteinfarkt når områder i hjertet dør på grunn av oksygenmangel (Ørn, 2017, s.167-168).

Vanligvis er hjerteinfarkt et resultat av åreforkalkning (aterosklerose), som har bygd seg opp med avleiringer av kolesterol på innsiden av blodårene gjennom flere år. Risikofaktorer er fedme og diabetes, og sees i livstil med lite fysisk aktivitet (Stubberud, 2016, s.22).

Kolesterol-avleiringer kan på sikt danne en blodpropp, som kan tette for blodgjennomstrømmingen til et område av hjertet. Den delen av hjertet som ikke får blod, vil etter hvert dø. Vevet som er dødt utgjør infarkt (Nasjonalforeningen, 2020; Ellingsen, 2016, s.57)

2.2 Behandling

Hjerteinfarkt krever øyeblikkelig behandling på sykehus. Den medisinske akutte behandlingen går ut på å gjenopprette blodtilførselen raskest mulig slik at det blir minst mulig skade på hjertemuskelen. Jo lenger koronararterien er tilstoppet, desto verre blir skadeomfanget (Ellingsen, 2016, s.56). De vanligste metodene for å åpne tette kransårer i hjertet er blodproppløsende medisiner (trombolyse) eller PCI (perkutan koronar intervensjon). Valg av riktig behandling, som avhenger av hjerteinfarktets alvorlighetsgrad, faller under legens ansvarsområde. Sykepleieres observasjoner og kliniske vurderinger er sentrale for optimal behandling (Ellingsen, 2016, s.76-78; Nasjonalforeningen, 2020).

Så fort den akutte fasen er over og tilstanden er stabil, blir pasienten overflyttet fra en spesialisert avdeling til sengepost. På en sengepost er sykepleien hovedsakelig å videreføre og

optimalisere igangsatt behandling, samt ivareta grunnleggende behov (Ellingsen, 2016, s.74). Hvis det ikke har oppstått noen komplikasjoner, sendes pasienten hjem etter tre-fire dager (Ellingsen, 2016, s.85).

2.3 Ivaretagelse av psykososiale behov

Nyoppdaget og alvorlig hjertesykdom kan gi sterke psykiske reaksjoner, både hos pasient og pårørende. For mange er hjerteinfarkt assosiert med plutselig død. Det kan for mange oppleves som en krisesituasjon preget av angst og utrygghet (Eikland et al., 2016, s.229-230). Mange trenger tid til å tilpasse seg situasjonen. Hvordan sykepleier ivaretar psykososiale behov er betydningsfullt for mestring av sykdom videre, både for pasient og pårørende. Det å fremme stressreduksjon gjennom informasjon beskrives som en viktig sykepleieroppgave på en sengepost. Både pasienten og pårørende har ofte mange spørsmål om hvordan de skal forholde seg til sykdommen etter utskrivelse (Ellingsen, 2016, s.88-89). Sykepleien utfordres i at den må tilpasses den enkelte, som krever kunnskap om blant annet kultur, livssituasjon, funksjonsnivå og sykdomserfaring (Eikland et al., 2016, s.230).

2.4 Pårørende

Hovedregelen er at pasienten definerer hvem som er pårørende og nærmeste pårørende. I henhold til lovverket defineres ektefelle eller personen pasienten lever sammen med i partnerskap, som den første i rekkefølgen av pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3b). Det er den nærmeste pårørende som har rettigheter etter lovgivningen, og som sykepleier har rettslige plikter ovenfor (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.59).

I sykepleie blir pårørende sett på som en viktig ressurs, som kan fremme pasientens emosjonelle, kognitive og instrumentelle kontroll ved sykdom og motgang (Stubberud, 2019, s.179). Pårørende har ofte kjennskap pasientens til ressurser og nettverk, og kan ha erfaring med hvordan en tidligere har respondert på behandling og rehabilitering. Dette kan være nyttig informasjon om pasientens historie. Pårørende er derfor en viktig kunnskapskilde (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.23-24).

2.4.1 Pårørende ved akutt sykdom

Ved akutt sykdom så rammes ikke bare pasienten. Pasienten er som regel del av en familie, og for dem kan situasjonen oppleves svært overveldende og kaotisk. Frykt, fornektelse, skyldfølelse og hjelpeløshet sees hos pårørende til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt (Stubberud, 2016, s. 382). Pårørende setter ofte sine egne behov til side, både fordi pasientens behov kommer først og de ikke vil forstyrre sykepleierne, men også fordi de vil vise at de er sterke (Stubberud, 2019. s.182).

Pårørende står ovenfor mange ulike tilpasnings- og mestringsoppgaver ved akutt sykdom. Hvordan pårørende mestrer situasjonen vil i stor grad være påvirket av egen historie og kultur, samt indre og ytre ressurser. Indre ressurser er relatert til hvordan de håndterer en stress-krisetilstand, og de ytre avhenger av eget nettverk og forpliktelser, men også relasjonen til sykepleier (Stubberud, 2019. s.179)

2.5 Informasjon

Sykepleieres viktigste kommunikasjonsoppgave ved sykdom er å gi god og tilstrekkelig informasjon (Eide & Eide, 2017, s.218). Informasjon innebærer å formidle opplysninger og forklaringer, som kan bidra til forutsigbarhet og mestring. I helsesektoren kjennetegnes informasjon med korte og opplysningspregede innspill, som tradisjonelt har blitt formidlet gjennom monolog og standardiserte prosedyrer (Christiansen, 2020, s.79-80).

På sykehus i dag, etterstrebes det å formidle informasjon gjennom et gjensidig samarbeid mellom sykepleier og pasient/ pårørende. Informasjonen skal tilpasses, og samtalen skal fremme mottakerens spørrende og informasjonssøkende aktivitet gjennom en dialogpreget måte. Alle har individuelle behov og forutsetninger, som påvirker informasjonens innhold og måten den formidles på (Sørli & Bergvik, 2020, s.97).

2.5.1 Informasjon til pårørende

Informasjon til pårørende er grunnlaget for å involvere dem i helsetjenesten, og innebærer alt fra korte telefonsamtaler til lengre, planlagte samtaler om pasientens behandlingsforløp (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.77). Informasjon har stor betydning for at pårørende skal kunne mestre situasjonen, men også for å kunne støtte pasienten, både under og etter sykehusoppholdet. Behovet for informasjon har en sammenheng med å kunne gjenvinne

kontroll over situasjonen (Eide & Eide, 2017, s.219). I regjeringens pårørendestrategi «*Vi-de pårørende*» fremheves informasjon som et av de viktigste behovene hos pårørende (Regjeringen, 2020, s.19).

Sykepleiere opplever ofte at de ikke strekker til hos pårørende på grunn av manglende kommunikasjonsferdigheter (Stubberud, 2019, s.182). En forutsetning for å ha god kommunikasjon er å etablere en god og trygg relasjon. Det å møte mennesker i motgang krever at sykepleier viser menneskelighet, forståelse og varme. En måte å gjøre dette på er å benytte aktiv lytting. Det innebærer å være åpen og anerkjennende, stille spørsmål og lytte godt til det vedkommende uttrykker. Målet er å forstå hva som er viktig for akkurat denne personen i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s.16-17).

En grunnleggende regel ved kommunikasjon er at informasjonen må være oppfattet og forstått av mottageren. Det krever at sykepleier kan forholde seg til den kognitive innholdsdelen, men også emosjonelle signaler som uttrykkes når informasjonen gis (Eide & Eide, 2017, s.218). Det å støtte og ivareta pårørendes selvfølelse under informasjonsformidlingen, viser seg å ha god effekt for å huske det som blir sagt (Sørli & Bergvik, 2020, s.95).

2.5.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon

I den stabile behandlingsfasen, som på en sengepost, er en sentral sykepleieroppgave å gi informasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt (Stubberud, 2016, s.357). Informasjon faller under sykepleiers pedagogiske funksjon, hvor hensikten er å fremme trygghet og mestring til å håndtere sykdommen i hverdagen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23). Dette er for å etablere forutsigbarhet, sosial støtte og kontroll, samt gi mulighet for å få kunnskap om situasjonen man befinner seg i (Stubberud, 2016, s.356).

En av sykehusets viktigste oppgaver å lære opp pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8) Informasjon skal også gis i henhold til pasienters lovfestede rett til informasjon. Pasienten skal informeres om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Begrepet medvirkning brukes ofte i sammenheng med helsepedagogikk, og innebærer et likeverdig samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende (Christiansen, 2020, s.25).

Ifølge Nortvedt & Grønseth (2016) skal sykepleier tilrettelegge for å ivareta medvirkning gjennom hele behandlingsforløpet (s. 23). Pårørendemedvirkning betyr at pårørende inkluderes i utforming og gjennomføring av pasientens helsehjelp, så langt det er behov og rettslig grunnlag for det. Det innebærer også at pårørende blir hørt og ivaretatt, og kan få mulighet til å sikre tilbud til seg selv ved behov (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.25). I regjeringens pårørendestrategi kommer det frem at pårørende ønsker å bli enda mer sett og lyttet til i helsetjenester (Regjeringen, 2020, s.17).

Ifølge Christensen (2020) burde sykepleiere være bevisst på og vektlegge elementene som gjennomgås i den didaktiske relasjonsmodellen ved informasjon til mennesker i en sårbar livssituasjon. Modellen viser ulike forhold som kan fremme læring og mestring, men også hvordan de påvirker hverandre (s.49). Oppgaven vil nå se nærmere på modellen i lys av oppgavens problemstilling.

2.6 Didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er et praktisk og dynamisk planleggingsverktøy, som består av seks gjensidig avhengige elementer. Begrepet «didaktikk» betyr undervisning, og viser til overveielser i forhold til målgruppe, mål, innhold og metoder. Målgruppen kan være pasienter, pårørende eller mennesker med helseproblemer (Christensen, 2020, s.47-48). Selv om undervisning blir benyttet i modellens beskrivelse kan de samme vurderingene bli gjort i forbindelse med informasjon for å fremme læring og mestring (Christiansen, 2020, s.79).

Følgende vil elementene i den didaktiske relasjonsmodellen presenteres med utgangspunkt i pårørende som målgruppe og informasjon som metode.

- **Forutsetninger for læring og mestring**

Forutsetninger for læring og mestring handler om å være bevisst på forhold som kan påvirke pårørendes evne til å ta til seg ny kunnskap. Dette er forhold som alder, modenhet, kultur og erfaring. Det kan også være kroppslig forstyrrelser, som tretthet, stress og angst. Slike forhold kan innvirke på mottakeligheten for informasjon da det gir nedsatt konsentrasjon og energi. Sykepleier må derfor ha innsikt og forståelse for pårørendes tilstand og situasjon (Christiansen, 2020, s.50-53).

- **Situasjon og kontekst**

Sykepleier bør avklare informasjonens rammer, som tar hensyn til situasjonen pårørende befinner seg. Dette er med hensyn til tid, sted og hvem som gir informasjonen. Det å forholde seg til sykehusets rutiner, helsepersonell og medpasienter kan gi pårørende redusert følelse av kontroll. Usikkerhet og ny rolleidentifisering kan påvirke forutsetningene for å ta til seg informasjon (Christensen, 2020, s.57).

- **Mål, ønsker, behov og verdier**

Christensen (2020) beskriver at mål, ønsker, behov og verdier skal defineres gjennom et gjensidig samarbeid mellom sykepleier og pårørende. I møte med pårørende som har gjennomgått en krise kan mottakeligheten for informasjon være nedsatt. I slike situasjoner må det tas høyde for å ha kortsiktig formulerte mål med informasjonen som gis (s.68). Det må også poengteres at mål ikke alltid er målbare. Mål kan også berøre følelser og holdninger. Det er uansett viktig å være oppmerksom på at pårørende kan ha andre mål, ønsker og behov enn det sykepleier har (Christensen, 2020, s.68-70).

- **Innhold**

Pårørende bør være delaktige i planleggingen av innholdet i informasjonen, som må sees i sammenheng med læreforutsetningene. Innholdet skal tilfredsstille de ønsker og behov som eksisterer hos pårørende. Den didaktiske relasjonsmodellen understreker betydningen av individualisering og helhetstenkning. Den største utfordringen er å tilpasse innholdet slik at den mottas som relevant, og at man kan nyttiggjøre seg av kunnskapen (Christiansen, 2020, s.71)

- **Tilrettelegging og metodikk**

Sykepleier skal benytte seg av en metode, som i dette tilfellet er informasjon. En grunnholdning er å fremme læring, mestring og medvirkning. Det understrekes at sykepleier bør tilstrebe aktiv deltagelse, og gi pårørende mulighet for å kunne påvirke underveis (Christensen, 2020, s.77). Sykepleier må ha avklart kunnskapsbehovet til pårørende før informasjonen gis. En bør også ha et inntrykk av hva pårørende er usikker på, og være kjent med deres forventninger. Ved informasjon bør det kombineres muntlig og skriftlig, da det er bevist at disse utfyller hverandre og gir best resultat (Christensen, 2020, 78-79)

- **Vurderinger**

Til slutt, men også underveis i prosessen, bør sykepleier vurdere at behov og ønsker innfris. Det kan være relatert til forståelse, grad av trygghet og om informasjonen bidrar til en helsefremmende livsstil. Dette krever at sykepleier kan tilpasse seg pårørendes situasjon. Sykepleier bør også sette av tid til spørsmål, og vurdere om pårørende har behov for mer informasjon (Christiansen, 2020, s.76-78).

Informasjon til pårørende avhenger av deres rolle til pasienten og det rettslige grunnlaget, som er gjeldende for sykepleieres videreformidling (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 65-66). Oppgaven vil nå se nærmere på etiske og juridiske hensyn som er styrende for informasjonsformidlingen mellom sykepleier og partneren.

2.7 Etiske og juridiske hensyn

Involvering av pårørende reiser etiske og juridiske problemstillinger, som er overordnede hensyn i sykepleien (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.104). Ettersom oppgaven tar utgangspunkt i samtykkekompetente voksne pasienter vil teorien se bort ifra unntaksbestemmelser.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal pårørende bli tatt hånd om med respekt og omtanke, og sykepleier skal bidra til at deres rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samtykkekompetente pasienter har dog overordnet beslutning om informasjon som vedrører dem selv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Det betyr at pårørende ikke nødvendigvis har rett eller krav på informasjon da taushetsplikt ovenfor pasienten er et overordnet hensyn (Helsedirektoratet, 2015). Det anbefales at sykepleier er godt kjent med hva pasienten tillater av informasjon til pårørende (Stubberud, 2019, s.191). Ifølge helsedirektoratet (2018) har pårørende krav på å få tilbud om generell informasjon, som faller under helsetjenestens generelle veiledningsplikt. Generell informasjon krever ikke samtykke fra pasienten. Slik informasjon kan være aktuelt regelverk, rutiner og tilbud på aktuell avdeling og kontaktinfo. Hvis diagnosen er kjent fra før, kan pårørende også informeres generelt om sykdommens forløp (Helsedirektoratet, 2018)

Ved samtykke til informasjon, skal pårørende bli informert om helsetilstand og helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). I henhold til Helsedirektoratets

(2018) anbefalinger skal informasjon gis på en støttende og hensynsfull måte. I tillegg må informasjonens form være forståelig. Det innebærer at informasjonen må tilpasses den individuelle mottakerens forutsetninger, dette med hensyn til blant annet kultur, erfaring og språk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Yrkesetiske retningslinjer er tydelig på at dersom det oppstår en interessekonflikt mellom pasient og pårørende, så skal pasientens interesse prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I helsedirektoratet (2017) sin pårørendeveileder, punkt 3.5, tydeliggjøres betydningen av helsepersonellens journalføring om opplysninger fra og med pårørende. Journalplikten inkluderer flere bestemmelser. Blant annet må alle opplysninger fra pårørende som er relevante og nødvendige for pasientens helsehjelp journalføres (Helsepersonelloven, 1999, §39). Det må presiseres ovenfor pårørende at pasienten har tilgang på innsyn i dokumentasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §41.)

3 Metode

I dette kapitlet skal oppgavens metode presenteres. Metode er redskapet i møte med noe som undersøkes, og kan beskrives som veien mot et bestemt mål hvor valgene som er gjort underveis må forklares (Dalland, 2020, s.56).

3.1 Litterær oppgave

Dette er en litterær oppgave med litteratursøk som metode. Det innebærer at data for å belyse tema og problemstilling er innhentet gjennom eksisterende fagkunnskap og forskning (Dalland, 2020, s.199). Kapitlet vil beskrive fremgangsmåten for litteratursøkene, og valg av fag- og forskningslitteratur. Deretter følger kritikk av valgte referanser, samt etiske overveielser.

3.2 Søkehistorikk

Til søk av forskningsartikler har databasene CINAHL og Svemed+ blitt benyttet gjennom tilgang fra skolens bibliotek. CINAHL indekserer sykepleiefaglig tidsskrift, og har blitt brukt mye for oppgaveskriving under studiet. Erfaringsmessig har databasen godt utvalg av relevant forskning i sykepleiefaglig emner. Etersom det var få artikler på CINAHL med skandinaviske forhold tilknyttet temaet, ble Svemed+ også benyttet. Svemed+ er en skandinavisk database i helsefag og medisin, som ble anbefalt av skolens bibliotekar gjennom en veiledningstime. Grunnen til at jeg ønsket å inkludere artikler med skandinavisk opprinnelse var for å få bedre overføringsverdi til norske sykehus. Jeg ønsket også å utføre søk i denne databasen da mange av tidsskriftene i Svemed+ ikke indekseres noen andre steder.

For å finne autoriserte søkeord brukte jeg MeSH som hjelpemiddel, som er et velegnet emneordsystem. I lys av problemstillingen ble relevante emneord: «myocardial infarction», «spouses» og «communication». Med disse emneordene fikk jeg et treff på kun 7 artikler på CINAHL, som var 20-30 år gamle. For å utvide søket og undersøke om det forelå utvikling innenfor valgt tematikk trengte jeg flere emneord. Etter anbefaling fra bibliotekar, undersøkte jeg emneordene under «major subjects» i de eldre artiklene jeg fant på CINAHL. Deretter kombinerte jeg disse med overnevnte emneord. Eksempelvis ble «spouses» kombinert med «family», «myocardial infarction» med «acute coronary syndrome», og «communication»

med «coping» og «information needs», som ga et treff på 89 artikler, og 72 med definerte avgrensinger. Tabell 1 punkt 3.2.1, viser at jeg valgte min første artikkel ut ifra disse emneordene. 20 sammendrag ble lest, inkludert 5 artikler. Jeg utførte flere søk på denne måten, og varierte søkene med ulike kombinasjoner av relevante emneord. Hensikten var å utforske fagfeltet. Felles avgrensninger for alle litteratursøkene var presisert språk og fagfelleverdert forskning. Sistnevnte som en kvalitetssikring av forskningen, og for å kunne skille vitenskapelige artikler fra fagartikler (Dalland & Trygstad, 2020, s.145)

Den andre artikkelen ble valgt var fra et treff på 49 artikler hvor 18 sammendrag ble lest og 4 artikler. Her inkluderte jeg blant annet søkeordet «inpatient» for å utelate forskning med poliklinisk kontekst. Den tredje artikkelen var fra et treff på 15 artikler. Redusert antall treff har antageligvis sammenheng med at jeg brukte mer presise emneord, som begrenset søket. 7 sammendrag ble lest inkludert 3 artikler. Nevnt søkehistorikk er fra CINAHL. I Svemed+, har jeg også benyttet flere emneord og brukt tilsvarende avgrensninger som i CINAHL. Artikkelen som ble valgt fra Svemed+ var fra et treff på 10 artikler hvor 5 sammendrag ble lest, inkludert 3 artikler.

De fire artiklene som jeg sitter igjen med etter litteratursøket ble valgt fordi de tilfredsstillende inklusjonskriterier og er relevante for oppgavens problemstilling.

3.2.1 Tabell 1: Søkehistorikk

Artikkel Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Leste sam-mendrag	Artikler inkludert	Valgt artikkel
1	18.11.20	CINAHL	1. Spouse 2. Family 3. Myocardial infarction 4. Acute coronary syndrome 5. Communication 6. Coping 7. Information needs	(1 OR 2) AND (3 OR 4) AND (5,6 OR 7)	72	20	5	Salminen-Tuomaala, M H, Åstedt- Kurki P, Rekiaro M & Paavilainen, E 2013. <i>“Coping with the effects of Myocardial infarction from the viewpoint of patients’ spouses.”</i>
2	26.11.20	CINAHL	1. Myocardial Infarction 2. Spouses 3. Communication 4. Inpatient 5. Support, Psychosocial	1 AND 2 AND (3, 4 OR 5)	49	18	4	Kettunen, S, Solovieva, S, Laatanen, R, & Santavirta, N 1999. <i>“Myocardial infarction, spouses, reaction, and their need of support.”</i>
3	06.01.21	CINAHL	1. Information Needs 2. Health Services 3. Needs and Demand 4. Family 5. Spouses 6. Acute Disease 7. Myocardial Infarction	(1, 2 OR 3) AND (4 OR 5) AND (6 OR 7)	15	7	3	McLean & S, Timmins, F, 2007. <i>“An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology.”</i>
4	08.01.21	Svemed+	1. Adaption 2. Communication 3. Information 4. Spouses 5. Infarction 6. Acute illness	(1,2 OR 3) AND 4 AND (5 OR 6)	10	5	3	Holme, A, 2008. <i>«Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt.»</i>

3.2.2 Inklusjonskriterier

Tabell 2 viser litteratursøkets inklusjonskriterier. Inklusjonskriterier er krav til forskningsartiklene, som er utformet på bakgrunn av kontekst, problemstilling og avgrensninger for oppgaven (Dalland, 2020, s.203). Det har ikke vært satt noen avgrensning for artikkelens publiseringsdato, da relevans for dagens praktisering og utviklingen av aktuelt fagfelt har blitt vurdert. En tommelfingerregel for vurdering av forskningsartikler har vært at de skal følge IMRAD-modellen, som er en strukturert mal for oppbygning av vitenskapelig artikler hvor en raskt kan orientere seg over tekstens innhold (Dalland, 2020, s.157).

3.2.3 Tabell 2: Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
Fagfellevurdert forskning
Språk: Norsk, svensk, dansk eller engelsk
Yrkesaktiv alder
Partner må dele samme husstand som infarktpasienten
En partner kan være lovlig gift, eller samboer med pasienten
Partner er kognitivt oppegående
Forskning med geografisk nærhet til Norge.
Etiske hensyn ivaretas
IMRAD-struktur
Pasienten har samtykkekompetanse
Pasienten har hatt et førstegangsinfarkt

3.3 Anvendt faglitteratur

I tillegg til hovedartiklene har det blitt anvendt relevant faglitteratur, som jeg har fått tilgang til gjennom skolens bibliotek. Aktuelle bøker har blitt valgt fordi jeg har kjennskap til dem gjennom sykepleierutdanningen, flere av de er på skolens pensumlistene. Det at bibliotekaren på skolen også omtaler disse bøkene som gode og pålitelige kilder til det jeg ønsker å undersøke, understøtter mitt valg av faglitteratur.

I lys av problemstillingen har jeg hatt behov for litteratur som kan si noe om sykepleierens rolle, ansvar og funksjon, samt sykepleie ved behandling av hjerteinfarkt på en sengepost. I

klinisk sykepleie bind 1 av forfatterne Stubberud, Grønseth og Almås (2016) er det flere kapitler som belyser nettopp dette. Fagboken har også blitt brukt for å få teoretisk kunnskap om hjerteinfarkt sammen med Stubberud (2016) sin bok, «*Sykepleie til personer med hjertesykdom*».

«*Pårørende i helse og omsorgstjenesten*» av Bøckmann og Kjellevold (2015) gir en klinisk og juridisk innføring i pårørendes rolle. Flere kapitler er sentrale for å få kjennskap til pårørendes rettigheter og funksjon, som er relevant litteratur ettersom pårørende er oppgavens målgruppe. For å få mer kunnskap om pårørende ved akutte sykdomstilstander, som hjerteinfarkt, har kapitler fra Stubberud (2019) sin bok om «*Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*» blitt brukt.

For å få mer kunnskap om begrepet «informasjon», har Eide og Eides (2017) bok «*Kommunikasjon i relasjoner*» og Christiansen (2020) sin bok om «*Helseveiledning*» blitt benyttet. Christiansen presenterer den didaktiske relasjonsmodellen, som gir oversikt over forhold som helsepersonell bør være bevisst på ved informasjon til mennesker i en sårbar livssituasjon. Dette kan sees i sammenheng med oppgavens problemstilling. Modellen finnes i flere versjoner, men jeg har valgt Christiansen (2020) da hennes versjon presenterer et tydelig helsefaglig perspektiv. Den opprinnelige versjonen av Bjørndal og Lie (1978) er ment for skolen (Christiansen, 2020, s.49).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen. Ved utøving av kildekritikk må gyldighet bedømmes. Hva slags kilde er det, og hvor er den publisert? Dette sier noe om kildens troverdighet. I tillegg må kildens relevans vurderes i forhold til aktuell problemstilling (Dalland & Trygstad, 2020, s.152).

3.4.1 Faglitteratur

Bibliotekpersonalet har vært en god ressurs i arbeidet med å finne litteratur. Jeg har oppsøkt biblioteket med jevne mellomrom, og funnet frem til kvalitetssikrede kilder som er relevante for tema og problemstilling. Valgt faglitteratur er både anerkjent og skrevet av forfattere med

erfaring og kjennskap til fagfeltet. Jeg har hovedsakelig brukt siste utgave av faglitteraturen for å ha det mest oppdaterte innholdet (Dalland & Trygstad, 2020, s.155).

Jeg har prøvd å forholde meg til primære kilder. Primærkilder er den opprinnelige versjonen av en tekst. I noen av bøkene har det vært henvist til sekundærkilder, som vil si en oversatt eller omtalt utgave av primærkilden (Dalland & Trygstad, 2020, s.156). I de få tilfellene jeg har benyttet sekundærlitteratur har det vært fordi kilden gir unik kunnskap. Det må understrekes sekundærlitteraturen har blitt kvalitetssikret i forhold til holdbarhet, gyldighet og opphav. Det har jeg gjort ved å finne frem til primærkilden, og undersøkt denne i samråd med bibliotekar.

I tillegg til bøker, har internett blitt benyttet som kilde. Internett krever at kildekritikk beherskes på en forsvarlig måte ettersom informasjonsmengden er enorm (Dalland & Trygstad, 2020, s.142). Det har vært en utfordring å sile ut hva som er faglig holdbare kilder. Jeg har derfor hovedsakelig brukt lovdata.no, regjeringen.no og helsedirektoratet.no, som jeg vet er kvalitetssikrede kilder.

3.4.2 Forskningslitteratur

Valgte forskningsartikler presenterer ny innsikt, og resultatene er etterprøvbare og publisert i vitenskapelig tidsskift. De tilfredsstiller inklusjonskriterier og er relevante for oppgavens problemstilling. Artikkene har til felles at data er innsamlet fra partner etter gjennomgått hjerteinfarkt hos nærstående. Deres opplevelse og erfaring tilknyttet informasjon på sykehuset er godt beskrevet. Artikkene sees derfor i sammenheng med oppgavens tema, kontekst og målgruppe.

Geografi kan påvirke forskningens relevans for problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2020, s.149). Det at forskningen er fra land som er geografisk nærme Norge (Irland og Finland), samt ett fra Norge, øker overføringsverdien til norske sykehus. Ut ifra studienes bakgrunn og metode forstår jeg det som at informasjonsbehovet hos pårørende i Irland og Finland er relativt lik som i Norge. Likevel har det blitt tatt høyde for at organiseringen av helsetjenester og lovpålagte krav kan være ulikt innad i landene.

I utgangspunktet tenkte jeg at kvalitative data var beste metoden for å belyse min problemstilling. Kvalitative data beskriver opplevelse og mening, og gir utfyllende forståelse fra intervjuobjektene verden (Dalland, 2020, s.53). Likevel har jeg valgt å inkludere studiet til Kettunen et al., (2000), som har kvantitative data. Underveis i arbeidet viste det seg at det var nyttig å kombinere begge metoder da de utfyller hverandre. Statistikk og tall fra studiet til Kettunen et al., (2000) skaper struktur og oversikt, mens den menneskelige stemmen fra de kvalitative studiene gir tallene mening (Dalland, 2020, s.53). På denne måten var det lettere å se sammenhenger, samt trekke konklusjoner fra undersøkelsene.

Jeg ønsker også å si noe om faktorer som kan ha innvirket på søket mitt. Først og fremst kan søket påvirkes av egne søk- og vurderingsferdigheter ved kritisk forskning. Gjennom sykepleierstudiet har jeg opparbeidet kompetanse på å lese og vurdere forskningsartikler, samtidig vet jeg at jeg fortsatt har mye å lære dettet fagfeltet krever mye erfaring. Det at jeg har brukt biblioteket hyppig har vært for å kvalitetssikre litteratursøkene mine best mulig. I tillegg har sjekklister fra helsebiblioteket blitt benyttet som et hjelpemiddel (Helsebiblioteket, 2016). Det at jeg har klinisk erfaring med aktuelt fagfelt gjør at kunnskap fra artiklene kan sees i sammenheng med praksis. Samtidig kan det ha innvirket på søket da egen erfaring ubevisst kan påvirke holdning og kunnskap i vurderingen av forskningsartikler.

3.5 Etiske vurderinger

Et viktig kriterium for valg av artikler var at forskerne viser at det er gjort etiske overveielser. Forskningsetikk innebærer å ivareta personvernet, og sikre at de som deltar i undersøkelsen ikke blir utsatt for unødvendig skade eller belastninger (Dalland, 2020, s.168). Tre av fire artikler viser at en etisk komite har godkjent undersøkelsen, og etiske hensyn ovenfor deltakerne velbegrunnet og detaljert beskrevet. Selv om studiet til Salminen- Tuomaala et al (2013), ikke nevner godkjenning fra en etisk komite, beskrives etiske overveielser godt i artikkelen. Forskerne har blant annet stilt krav til anonymitet og frivillighet, samt fått godkjennelse fra sykehusene hvor data har blitt innsamlet (s.203).

Som nevnt besitter jeg relevant klinisk erfaring, oppgaven vil tilstrebe å overholde taushetsplikt ovenfor arbeidssted, kolleger og pasienter.

4 Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra artiklene kort oppsummeres. Øvrige detaljer presenteres i tabell 2 punkt 4.1.

Alle forskningsartiklene belyser partnernes perspektiv. Studiene enes om at partnerne må være aktive for å få informasjonen de trenger, og at deres informasjonsbehov ikke blir ivaretatt av sykepleierne under sykehusinnleggelsen. Alle studiene viser at relasjonen til sykepleier påvirker deres mestrings- og tilpasningsevne på sykehuset. Emosjonelle reaksjoner sees hos alle partnere etter hjerteinfarkt.

Partnerne savner helhetlig og individuell tilpasset informasjon. Informasjonen oppleves som spontan, oppstykket og standardisert (Holme, 2008. s.22). Partnerne vil involveres i alle informasjonssamtaler som sykepleier har med pasienten (McLean & Timmins, 2007, s.145). Partnerne ønsker informasjon tilknyttet deres egne bekymringer, som kan bidra til å redusere stress og usikkerhet (Salminen- Tuomaala et al, 2013, s.216; Kettunen et al, 2000, s.486).

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Salminen-Tuomaala, M H, Åstedt-Kurki P, Rekiaro M & Paavilainen, E (2013)	“Coping with the effects of Myocardial infarction from the viewpoint of patients’ spouses”	Journal of Family Nursing, (2013), 19(2) 198–229	Utvikle en teori som forklarer mestringsstrategier til ektefeller under innleggelse av akutt hjerteinfarkt.	Kvalitativ: The grounded theory method. Individuelle intervjuer i 45-60 minutter, registret på lydopptak. Data ble innsamlet fra 28 ektefeller fra to finske sykehus 2-5 dager etter infarkt. Deltagerne ble bedt om å beskrive mestringsstrategier de benytter under sykehusoppholdet, samt	Utvikler teorien «Seeking Balance», som består av 7 kategorier. Kategoriene viser hva som påvirker partnerens mestringssevne etter gjennomgått hjerteinfarkt: 1)Håndtere stress 2) Beskytte infarktpasienten for sensitiv informasjon 3) Holdes oppdatert om helsetilstand 4) Fornektelse for alvorlighetsgraden 5) Støtte fra familie 6) Fortsette med daglige rutiner. 7) Religiøse ritualer

					faktorer som hemmer/ fremmer deres tilpasning til situasjonen.	Mange deltagere føler de ikke blir sett av sykepleiere, og må søke informasjon på eget initiativ. Deltagerne sier også at de skjuler behov og følelser ovenfor sykepleierne.
2.	Kettunen, S, Solovieva, S, Laatmanen, R, & Santavirta, N (1999)	“Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support”	Journal of Advanced Nursing (1999), 30(2), 479-488	Identifisere bekymringer og symptomer hos partner etter et akutt hjerteinfarkt. I tillegg vurderes opplevd støtte fra helsepersonell.	Kvantitativ: Data er innsamlet fra 57 finske deltagere gjennom strukturert spørreskjema 2-4 mnd. etter hjerteinfarkt. Spørreskjema med søkelys på partnerens: 1)Bekymringer 2) Symptomer 3) Støtte fra helsepersonell	Funn viser at rehabiliteringsproblemer og et nytt hjerteinfarkt er ektefellens største bekymringer. Fatigue og søvnproblemer er de mest utbredte dysfunksjonelle symptomene. 30 % opplevde at sykepleiere hadde manglende eller ingen interesse i dem under sykehusoppholdet.
3.	McLean, S Timmins, F (2007)	“An exploration of the informarsjon needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methology”	Nursing in critical care. (2007) 12(3), 141-140	Hensikten er å undersøke hvordan ektefeller opplever informasjon som de mottok på sykehuset etter et akutt hjerteinfarkt.	Kvalitativ. Fokusgrupper på 45 -60 min. Totalt 15 deltagere fra Irland. Deltagerne mottok kopi av intervju-spørsmålene i forkant slik at de kunne forberede seg. I fokusgruppa ble data registeret med lydopptak, samt notater fra observasjon av non-verbal kommunikasjon	Funn viser at ektefeller føler seg isolert og utestengt på sykehuset. Ønsker høyere grad av involvering, samt mulighet til å være med på alle informerende samtaler med pasient. Flere deltagere opplever at pasienten utestenger dem for viktig helseinformasjon, som skaper konflikter med både pasient og sykepleiere. Ønsker også mer informasjon om støtteordninger etter endt sykehusopphold.
4.	Holme, A (2008)	«Ektefellers behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt»	Sykepleien forskning, (2008) 3(1). 16-24	Undersøke hva slags informasjon som er nyttig for partnere til infarkt-pasienter å	Kvalitativ, Datasamling med 9 informanter. To fokusgrupper seks- ti uker	Deltagerne syns det var vanskelig å skille mellom hva som er samtale og hva som er informasjon fra sykepleierne.

				<p>få før hjemreise, som kan lette overgangen til hjemmet.</p>	<p>etter sykehusinnleggelsen.</p> <p>Det var to hovedtema som deltakerne diskuterte.</p> <p>1)Utfordringer første tiden hjemme 2) Hvilken type informasjon partnerne hadde behov for under sykehusopphold et.</p>	<p>Manglende helhetlig og individuell tilpasset informasjon.</p> <p>Ønsker mer informasjon som er viktig for tiden hjemme etter sykehuset.</p> <p>Informasjon om trygdeordninger kan gjøre tiden etter sykehusoppholdet lettere.</p>
--	--	--	--	--	---	--

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil fag- og forskningslitteratur bli drøftet i lys av oppgavens problemstilling:

«På hvilken måte kan sykepleier på en sengepost ivareta behovet for informasjon hos partner til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt.»

Drøftingen presenteres med utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen gir oversikt over faktorer som sykepleier bør ta hensyn til i forbindelse med informasjon, og hvordan disse påvirker hverandre (Christiansen, 2020, s.79).

5.1 Partnerens forutsetninger for læring og mestring

Ved informasjon til partner må sykepleier ta høyde for forhold som kan påvirke læring -og mestringsevnen (Christiansen, 2020, s.50). Dette er i tråd med lovverket, som plikter sykepleier å tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, kultur, språk og erfaring (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Fra oppgavens definerte avgrensninger vet vi at målgruppen er kognitivt oppegående, yrkesaktive og ikke er fremmedspråklige. Vi vet også at de gjennomgår et førstegangsinfarkt, som kan bety at de ikke besitter erfaring eller kunnskap om aktuelt sykdomsforløp. Til tross for nevnte fellestrekk, må sykepleier ta høyde for at reaksjoner og erfaringer kan være ulike, og det kan påvirke forutsetninger for læring og mestring. Det anbefales derfor at sykepleier gjør seg kjent med partnerens tilstand og situasjon (Christiansen, 2020, s.50-53).

Det at hjertesykdom er assosiert med plutselig død, gjør at nyoppstått sykdom kan gi sterke psykiske reaksjoner (Eikeland et al., 2016, s.230). Dette er i tråd med funnene fra studiet til Salminen-Tuomaala et al., (2013) hvor deltakerne har blitt intervjuet på en sengepost kun noen dager etter hjerteinfarkt. Funnene viser til sterke emosjonelle reaksjoner i form av skyldfølelse, frykt og hjelpeløshet. En deltaker fra studiet forklarer at hun aktivt prøvde å balansere aksept for diagnosen og fornektelse for tilstandens alvorlighetsgrad (s.209).

Begrepet «fornektelse» ble trukket frem blant flere av deltagerne som en forsvarsmekanisme, og begrunnes som mestringsstrategi som gir tid til å finne mentale ressurser til å håndtere den overveldende situasjonen (s.213). Ifølge Stubberud (2019) er dette en vanlig reaksjon hos pårørende ved akutt sykdom (s.181). Dette understøttes også Bøckmann & Kjellevoid (2015) som sier at pårørende er kun mottakelig for informasjonen de kan håndtere. Fortrengning gjør det lettere å forholde seg til kriser (s.112). Et annet studie, som undersøkte partnerens

bekymringer og symptomer, viser at søvnløshet, nedstemthet og angst er på topp blant dysfunksjonelle symptomer etter gjennomgått hjerteinfarkt. Intensiteten på symptomene var riktignok ikke veldig sterke (Kettunen et al., 1999, s.485). Likevel er det verdt å merke seg da er dette typiske kroppslig ubehag, som kan gi redusert konsentrasjon og energi for læring og mestring (Christiansen, 2020, s.51).

Det at funn viser at partnere til infarktpasienter ofte har emosjonelle reaksjoner, indikerer at sykepleier bør ha kunnskap og forståelse for følelser og reaksjoner som kan komme til uttrykk (Christiansen, 2020, s.55). Samtidig viser studiet Salminen-Tuomaala et al., at deltagerne prøvde å være positive og sterke, og skjuler sine behov ovenfor sykepleierne. «Det er en forkledning, når jeg går til pasientrommet så prøver jeg å være livlig, og uttrykker ingen av mine bekymringer» (Salminen-Tuomaala et al., 2013, s.210). Deltagerne beskriver det som vanskelig å dele bekymringer, ettersom de vet ikke hvordan de skal spørre sykepleierne om hjelp. Deltagerne er tydelig på at det å bære stresset alene gjennom sykehusoppholdet forsterker angst og negativ mentalitet (Salminen-Tuomaala et al., 2013, s.210). Disse funnene indikerer at sykepleieren bør ha kunnskap om krisereaksjoner og mestring av stress ved akutt sykdom (Eikeland et al., 2016, s.230).

Det å mestre akutt sykdom avhenger av en persons indre og ytre ressurser. De indre handler om hvordan en forholder seg til en krisesituasjon, og de ytre avhenger av ressurser og forpliktelser (Stubberud, 2019, s.179). Dette samsvarer med funn fra Salminen-Tuomaala et al., (2013) som viser at deltakernes psykiske ressurser, tidligere livshendelser og egen selvstendighet påvirker mestringsevnen under sykehusoppholdet. Flere deltagere bekymret seg også over pasientens jobbsituasjon, og om de må ta mer økonomisk ansvar i rehabiliteringsperioden (s.215-216). Stubberud (2019) hevder også at relasjonen med sykepleier kan påvirke mestringsevnen (s.179), som er overensstemmende med funn fra alle artiklene (Salminen-Tuomaala et al., 2013, s.216; Kettunen et al., 1999, s.482; McLean & Timmins, 2007, s.145; Holme, 2008, s.23). Et viktig og opplysende resultat fra studiet til Kettunen et al., (1999), var at alvorlighetsgraden på infarkt ikke hadde noe betydning på opplevelsen av situasjonen (486). Dette kan ha en sammenheng med at alle deltakerne gikk gjennom et førstegangsinfarkt. Derimot vises også faktorer som personlighet, kunnskap og utdanning som betydningsfullt for mestringsevnen (Kettunen et al., 1999, s.486). Dette taler for at alle partnere har behov for sykepleiers oppmerksomhet, og at deres reaksjoner og

erfaringer påvirkes av individuelle faktorer og relasjon med sykepleier.

5.2 Situasjon/kontekst og rammefaktorer

I denne oppgaven vil sykepleier møte partneren på en sengepost etter overflytning fra en spesialisert avdeling. Pasientens tilstand skal være stabil etter å ha gjennomgått intensiv medisinsk behandling av hjerteinfarkt (Eikeland et al., 2016, s.248). På en sengepost vil sykepleiers pedagogiske funksjon være sentral. Hensikten er å fremme trygghet og mestring for å kunne håndtere sykdommen i hverdagen (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s.23).

En sengepost kan representere noen pedagogiske utfordringer. Få liggedøgn og mange gjøremål utfordrer formidling av tilpasset og adekvat informasjon. Sykepleier skal i løpet av kort tid planlegge og koordinere tiltak, informere og bistå med praktisk støtte (Christiansen, 2020, s.93). Dette belyses også i funn hvor sykepleierne beskrives som travle og styrt av ulike situasjonsbestemte gjøremål (Holme, 2008, s.22). Til tross for mange arbeidsoppgaver, skal sykepleierne tilrettelegge sine tjenester slik at pårørende får oppfylt sine rettigheter og får nødvendig informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). Derimot viser funn fra studiet til Kettunen et al., (1999) at 7% av deltagerne hadde ingen kontakt med sykepleierne under sykehusoppholdet, og 30 % opplevde at sykepleierne hadde ingen interesse for dem (s.483). Holme (2008) hevder at for å bli inkludert som pårørende må man være aktiv og selv ta kontakt med sykepleierne (s.23). Dette strider med de etiske retningslinjene, som plikter sykepleiere å ta hånd om pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2019). I henhold til lovverket, er også en av sykehusets viktigste oppgaver å lære opp pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8).

I løpet av sykehusoppholdet skal partner sette seg inn i sykdommen og være en støtte for infarktpasienten (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.23). En deltager fra studiet til McLean og Timmins (2007) beskriver at det er en krevende overgang fra å ha det fint og uproblematisk til å plutselig måtte forholde seg til sykehus (s.144). Partneren skal forholde seg til sykdommens alvorlighetsgrad, det akutte forløpet og sykdomslære i løpet av kort tid, som gjør at mange befinner seg i en krisesituasjon (Christiansen, 2020, s.93). Det at mottakeligheten for informasjon ofte er nedsatt i krisesituasjoner, er et viktig moment for sykepleier å ha med seg videre (Christiansen, 2020, s.69).

Ifølge Bøckmann & Kjellevold (2015) kan informasjon til pårørende innebære alt fra korte telefonsamtaler til lengre planlagte samtaler om behandlingsforløp (s.77). Når og hvor informasjonen gis har likevel en betydning da omgivelsene påvirker oss (Christiansen, 2020, s. 58). Forskningen viser et sprik på hvor og når partnerne mottok informasjon. I studiet til Holme (2008) opplevdes informasjonen som tilfeldig, og beskrives som oppstykket og spontan (s.23). Derimot viser et annet studie at partnerne mottok for mye og komplisert informasjon på en gang, som gjorde situasjonen mer overveldende og skremmende (McLean & Timmins, 2007, s.145). Spriket i funnene tyder på at det ikke er opparbeidet rutiner for når og hvordan informasjonen skal gis. I henhold til den didaktiske modellen anbefales det at sykepleier har en klar plan og er beviste når de informerer (Christiansen, 2020, s.49). I punkt 5.4 diskuteres det nærmere hvordan sykepleier kan tilrettelegge for samtalens metodikk.

Mange opplever at de får en ny rolle ved innleggelse på sykehus, som kan være vanskelig å tilpasse seg i løpet av kort tid (Christiansen, 2020, s.57). Dette er overensstemmende med funn fra Salminen- Tuomaala et al., (2013) som beskriver at det var utfordrende å plutselig skulle forholde seg til sykehusets rutiner, kultur og ulike sykepleiere i en allerede vanskelig situasjon. Det fremheves også at forventningene til dem som pårørende var uklare, og det vanskelig å finne sin plass (s.215). Samtidig viser teori at pårørende ved akutt sykdom ofte legger vekk sine egne behov og spørsmål da de ikke vil forstyrre sykepleiere (Stubberud, 2019, s.179-182). Uansett, så kan usikkerhet og ny rolleidentifisering påvirke forutsetningene for å ta til seg informasjon (Christensen, 2020, s.57).

5.3 Informasjonens innhold med utgangspunkt i partnerens behov og ønsker

Den didaktiske relasjonsmodellen understreker betydningen av individualisering og helhetstenkning (Christiansen, 2020, s.71). På sykehus i dag etterstrebes det å tilpasse informasjon etter mottakerens mål, behov og ønsker, både med tanke på innhold og måten den kommuniseres (Sørli & Bergvik, 2020, s.96-97). Derimot viser funn at informasjonen som ble gitt under sykehusoppholdet var standardisert, og sykepleierne hadde en tilnærming som bar preg av sjekklister (McLean & Timmins, 2007, s.147). Dette er i tråd med den tradisjonelle kommunikasjonstilnærmingen, hvor informasjon formidles gjennom monolog og standardiserte prosedyrer (Christiansen, 2020, s.79-80). Ifølge Holme (2008) er det utfordrende for partneren å forstå hva som er viktig når de får standardisert informasjon (22). Dette gjenspeiles også i andre funn som viser at kun en håndfull av all informasjonen de

mottok på sykehuset ble ansett som nyttig (McLean & Timmins, 2007, s.145). Den største utfordringen er å tilpasse innholdet i informasjon slik at den mottas som relevant, og man kan nyttiggjøre seg av kunnskapen (Christiansen, 2020, s.71).

For å vurdere hvilket innhold som er relevant kan det være hensiktsmessig å se på anbefalingene fra studiet til Salminen-Tuomaala et al., (2013). Med utgangspunkt i sine egne funn, råder de sykepleiere til å oppfordre partneren til å uttrykke enhver bekymring. På den måten kan innholdet i samtalen styres av partnerens behov og perspektiver fremfor at sykepleier følger en strukturert og generell mal (s.222). Denne tilnærmingen harmonerer med tankegangen til den didaktiske relasjonsmodellen. Det å sørge for informasjon som partneren har behov for å få mer kunnskap om gjør at en kan leve bedre med sykdommen (Ellingsen, 2016, s.89)

Studiet til Kettunen et al., (1999) viser kvantitative data basert på partneres største bekymringer etter hjerteinfarkt, som er inndelt etter personlige- og sykdomsrelaterte. Det går også frem i dette studiet at deltagerne ønsker mer informasjon fra sykepleierne rundt egne bekymringer og spørsmål (s.485-486), som er viktig funn i lys av oppgavens problemstilling. Uansett, nye hjerteinfarkt og rehabiliteringsproblemer er på topp blant sykdomsrelaterte bekymringer. Problemer med ekteskap, sexliv og pasientens jobbsituasjon er derimot de mest uttalte personlige bekymringene (s.482). Dette samsvarer med teorien, som viser til mange av de samme engstelsene hos pårørende ved akutt hjertesykdom (Eikeland, 2016, s. 229-231). Selv om dette kan være retningsgivende på hva partneren kan ha behov for av informasjon, må det understrekes at bekymringer og behov for informasjon kan være ulikt. I samtale med partner bør sykepleier inneha en interessert, utforskende og informasjons-givende holdning, som hjelper partneren til å stille de spørsmålene som er viktig for vedkommende å få svar på (Sørli og Bergvik, 2020, s.107).

Forskning viser at deltagerne savnet informasjon om praktisk støtte etter sykehusoppholdet, mange synes overgangen til hjemmet var vanskelig. «Jeg følte meg helt alene når jeg kom hjem» (Timmins & McLean, 2007, s.145). Deltagerne fra studiet til Salminen-Tuomaala et al., (2013) mener at sykepleierne bør informere om tilbud for pårørende til personer med hjertesykdom, da det vil være betydningsfullt for deres trygghet etter sykehuset (s.145). I studiet til Kettunen et al., (1999) var det kun 12% av deltagerne som ble informert om praktisk støtte etter sykehusoppholdet (s.486). Når mottakeligheten for informasjon er nedsatt

under sykehusoppholdet kan mange ha spørsmål når situasjonen har roet seg (Sørli & Bergvik, 2020, s.106-108). Deltagere fra studiet til Holme (2008) påstår også at informasjon om trykdeordninger ville gjort tiden etter sykehusoppholdet mye lettere for dem (s.22). Dette kan sees i sammenheng med oppgavens målgruppe, som er i yrkesaktiv alder. Det har blitt diskutert i punkt 5.1, avsnitt 5, at partneren bekymrer seg over pasientens jobbsituasjon og det påvirker deres mestringsevne.

Når det kommer til informasjonens innhold, så må dette sees i sammenheng med overordnede lover og etiske retningslinjer. Sykepleier kan møte ulike problemstillinger når hun skal både ivareta overordnede hensyn og partnerens informasjonsbehov. Et relevant eksempel belyses i studiet til McLean & Timmins (2007). I studiet kommer det frem at flere deltakere opplevde at sine ektefeller, altså infarktpasienten, utestengte dem for viktig helseinformasjon. Ifølge deltagerne burde de få akkurat samme informasjon som pasienten. Det begrunnes med at omstillinger etter hjerteinfarkt vil påvirke deres hverdag også, og man er derfor to om sykdommen. Når partnerne ikke fikk den samme informasjon som pasienten, skapte det spenning og konflikt, også med sykepleier (s.146-147).

På den ene siden, er teorien tydelig på at det er viktig å informere pårørende om pasientens helsetilstand og prognose (Stubberud, 2019, s.182). På den andre siden, pliktes sykepleier av overordnet lovverk å vektlegge hva pasienten tillater av informasjon. Dette gjelder også ved informasjon til nærmeste pårørende, som en partner ofte er. Ifølge lovgivningen kan samtykkekompetente pasienter nekte nærmeste pårørende informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Dette understøttes også av yrkesetiske retningslinjer, som er tydelig på at pasientens interesse skal prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2019). Overnevnte funn fra studiet til McLean & Timmins (2007) tydeliggjør hvor viktig det er at sykepleier tidlig avklarer om pasienten samtykker til informasjon om helsetilstanden. Sykepleier må ha dette klart for seg før det gis utfyllende beskrivelser til partner. Partneren har uansett rett til generell informasjon, som rutiner og tilbud på avdeling, kontaktinfo, samt generelt om sykdommens forløp, men sistnevnte er kun hvis diagnosen er kjent (Helsedirektoratet, 2018).

5.4 Tilrettelegging og metodikk

I denne oppgaven blir informasjon anvendt som metode. Ved informasjon bør sykepleier fremme en aktiv deltakelse fra målgruppen, som gjenspeiler begrepet medvirkning. Ved å styrke medvirkning fremmes motivasjon og forståelse for informasjonen som gis (Christiansen, 2020, s.68-69).

I studiet til Holme (2008) viser funn at deltagerne opplevde ufullstendig eller ingen form for informasjon fra sykepleierne. Dette er til tross for at sykepleierne selv mente de hadde informert. Samtalene med sykepleierne ble derimot oppfattet som spontan og uformell prat knyttet til her- og nå situasjoner (s.22). Christiansen (2020) forklarer at tradisjonelt har sykepleiers pedagogiske ferdigheter vært innvevd med andre aktiviteter, som kan medføre at mottakeren ikke oppfatter informasjonen som gis. Enten fordi mottakerens fokus rettes mot aktiviteten, eller at vedkommende ikke oppfatter samtalen som informerende når skjer samtidig med andre handlinger (s.23). Dette også forenlig med andre funn, som viser at mange av deltagerne opplevde mangelfull informasjon fra sykepleierne, og reiste hjem med ubesvarte spørsmål (Salmainen- Tuomaala, et al., 2013, s.220, Kettunen et al., 1999, s.486). Det at pårørende reiser hjem fra sykehuset uten å spørre om informasjonen de har krav på, er en tankevekker for oss sykepleiere. Sørli & Bergvik (2020) beskriver at det må etableres en relasjon hvis man ønsker å fremme mottakerens spørrende og informasjonssøkende aktivitet (s.107)

For å skape en relasjon kan sykepleier benytte seg av aktiv lytting hvor sykepleier både anerkjenner, lytter og stiller spørsmål (Eide & Eide, 2017, s.16-17). Hensikten er å få frem synspunkter og opplevelse (s.98). I tillegg kan det bidra til å avklare kunnskapsbehovet, som er relevant for å vurdere partnerens forutsetninger for læring og mestring (Christiansen, 2020, s.52). Informasjonsformidlingen bør gjennomføres i et skjermet rom. Dette fremheves som er spesielt viktig på en sengepost, som er preget av avbrytelser, knapphet av tid og mange gjøremål. Sykepleier bør også i god tid gi beskjed om planlagt informasjon, slik at partner har mulighet til å forbedre seg med eventuelle spørsmål (Sørli og Bergvik, 2020, s.107). Det kan dessuten bidra til partneren føler seg sett, hørt og ivaretatt, som er pårørendes rett ved helsetjenester (Böckmann & Kjellevold, 2015, s.44-45).

Samtidig bør det diskuteres hvorvidt sykepleierne har tid til å gjøre dette i praksis. Dette med tanke på stor gjennomstrømning av pasienter, mange sykepleiere involvert og kort liggetid på sykehuset (Sørli & Bergvik, 2020, s.91-92). Det å skape en tillitsfull relasjon vil kreve både tid og kontinuitet (Sørli & Bergvik, 2020, s.107). I tillegg er det å formidle informasjon «der og da» veldig integrert i sykepleiers måte å tenke og jobbe på (Christiansen, 2020, s.23). Likevel er yrkesetiske retningslinjer klare på at sykepleier skal ivareta pårørendes informasjonsbehov, som er et overordnet hensyn i sykepleien (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette understøttes også i beskrivelsen av sykepleierens funksjons og ansvarsområde, hvor informasjon til pårørende fremheves som er en viktig arbeidsoppgave. Det understrekes også at pasienters og pårørendes medvirkning skal sikres så langt det er mulig gjennom hele sykdoms- og behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23).

Funn viser at det kan være hensiktsmessig med både skriftlig og muntlig informasjon:

For jeg husker rett før vi ble skrevet ut [...] så var det ting hun nevnte, en av sykepleierne der, sånt som du helst ikke skulle spise. Så vet du det akkurat der og da, men så glemmer du det, ikke sant! (Holme, 2008, s.22).

Dette er forenlig med teori, som anbefaler å benytte både muntlig og skriftlig informasjon da det er bevist at disse utfyller hverandre og gir best resultat (Christiansen, 2020, s.78-79). Funn viser også at deltakerne ønsker flere informasjonskanaler da mottakeligheten for informasjon er nedsatt på sykehuset (McLean & Timmins, 2007, s.145; Holme, 2008, s.22.) Mange sykehus tilbyr lærings og mestringssentre med e-læring etter hjemreise (Christiansen, 2020, s.81). I studiet til Holme (2008) var det kun to av deltagerne som fikk tilbud om lærings- og mestringssentre. De opplevde dette som veldig nyttig. De resterende deltagerne ønsker dette tilgjengelig for alle par som gjennomgikk hjerteinfarkt (s.23). Det at ikke alle pårørende og pasienter får tilbudt det samme, er oppsiktsvekkende og verdt å merke seg. Det er også laget flere informasjonskilder for pasientene og pårørende som sykepleier bør informere om ved hjertesykdom, for eksempel helsenorge.no, som er en offentlig portal for befolkningen (Eikeland et al.,2016, s.275).

5.5 Prosessvurdering

Prosessvurdering innebærer å kontrollere parallelt som informasjonen gis, dette er for å forsikre seg om at hensikten med informasjonen nås (Christiansen, 2020, s.86). I henhold til lovverket skal informasjonen være forståelig. Informasjonen skal også formidles på en støttende og hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

For å vurdere om informasjonen er forstått, kan sykepleier benytte seg av bekreftende kommunikasjonsferdigheter, eller be partneren direkte gjenfortelle hva som har blitt oppfattet. På denne måten kan sykepleier lytte og tolke om innholdet er forstått (Eide & Eide, 2017, s.77). I tillegg bør sykepleier avsette tid til spørsmål. Ifølge Ellingsen (2016) har pårørende ofte mange spørsmål om hvordan de skal forholde seg til situasjonen etter utskrivelse (s.89). Det viktig at disse spørsmålene kommer frem slik at sykepleier har mulighet til å redusere usikkerhet, og eventuelt korrigere feilaktige forestillinger av sykdom og behandling. Det er også elementært for å sikre en forsvarlig hjemreise (Sørli & Bergvik, 2020, s.107; Helsepersonelloven, 1999, §4).

Sykepleier må også informere partneren om at opplysninger fra og med dem vil journalføres. Journalføring pliktes av alle som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §39). Det må også opplyses om at pasienten har rett til innsyn i denne dokumentasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §41).

6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsker jeg å besvare følgende problemstilling: *«På hvilken måte kan sykepleier på en sengepost ivareta behovet for informasjon hos partner til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt.»*

Ved informasjon til partner må sykepleier først og fremst være godt kjent med partnerens rolle og hva pasienten tillater å dele av informasjon som vedrører seg selv. Ethiske og rettslig hensyn må alltid vektlegges ved informasjon til partner, ettersom dette er styrende for samtalsinnholdet. Sykepleieren må også være klar over at alle partnere trenger informasjon, uavhengig av alvorlighetsgraden på infarkt.

For at sykepleier skal kunne ivareta partners informasjonsbehov bør hun ta hensyn til situasjonen som vedkommende befinner seg i og tilpasse samtalsrammer deretter. Dette er for å synliggjøre hvordan situasjonen kan påvirke partnerens behov og evne til å oppfatte informasjon. Forutsetninger for læring og mestring påvirkes av flere faktorer, som partnerens emosjonelle reaksjoner, individuelle ressurser, relasjon til sykepleier, men også konteksten i seg selv. Det at hjerteinfarkt ofte oppstår uforventet og har et akutt forløp gjør partneren kan befinne seg i en krisesituasjon. Det er derfor nødvendig at sykepleier har forståelse og kunnskap om stress og krisemestring, og kan forholde seg til emosjonelle signaler som uttrykkes. For å tilpasse innholdet og sikre at den mottas som relevant, må sykepleier avsette tid og gjøre seg kjent med den enkelte partner. Hensikten er å finne ut hva som er viktig informasjon for akkurat denne personen.

Sykepleier bør etablere en tillitsfull relasjon til partneren gjennom aktiv lytting. Det gjør at partneren føler seg sett, hørt og ivaretatt på sengeposten, som er deres rett ved heletjenester. Gjennom aktiv lytting kan sykepleier avklare partnerens kunnskapsbehov, som kan være retningsgivende på hvordan innholdet skal formidles. Sykepleier bør benytte ulike kommunikasjonsteknikker, som kan fremme og inkludere partnerens medvirkning og deltagelse i samtalen. Samtalsrammer vil være betydningsfullt for hvordan partneren mottar informasjonen. Informasjonsformidlingen bør foregå på et skjermet rom for å unngå avbrytelser og uro som ofte er på en sengepost. I tillegg er det viktig at sykepleier i god tid informerer partner om samtalen. Dette er med hensyn til at partner skal få tid til å forberede seg, men også for at vedkommende skal oppfatte innholdet som informasjon og ikke en

tilfeldig samtale. Ved å etablere en relasjon, vise interesse og tilpasse samtalens omgivelser, tilrettelegger sykepleier for at partner kan fortelle med egne ord hva som er viktig for akkurat han/henne.

Ved at sykepleier får innsikt i partnerens opplevelse og tanker har hun mulighet til å gi tilpasset og individuell informasjon. Da vil også innholdet imøtekomme det partneren har behov for å få mer kunnskap om. Partneren vil i større grad kunne nyttiggjøre seg av informasjonen som gis når det er i henhold til eget læringsbehov, som er selve essensen for å lykkes med informasjonsformidling. Det krever riktignok at sykepleier besitter kunnskap om aktuelle områder, eventuelt må hun henvise til riktig person eller instans. Med tanke på målgruppens alder, vil jeg også anbefale sykepleier å informere om når partner kan forvente at pasienten returnerer i arbeid, samt eventuelle trygdeordninger etter endt sykehusopphold. Mange partnere bekymrer seg over pasientens jobbsituasjon. Det kan også være hensiktsmessig å informere om praktisk støtte etter utskrivelse, og i tillegg gi partner skriftlig informasjon. Dette er fordi mottakeligheten for informasjon ofte er nedsatt under krise. Det kan være betryggende for partneren å ha noen konkrete informasjonskilder å forholde seg til når situasjonen har roet seg, og mottakeligheten for læring er større.

Det diskuteres hvorvidt sykepleier kan gjennomføre dette i praksis. Det at konteksten er på en sengepost kan representere pedagogiske utfordringer både når det kommer til tid, utskiftning av personale og mange gjøremål. Likevel viser både teori, forskning, overordnede lover og retningslinjer at sykepleier skal tilrettelegge sine tjenester for at pårørende skal føle seg sett, hørt og ivaretatt. Informasjon er selve grunnlaget for å inkludere partneren i helsetjenesten som ytes. Sykepleiere kan derfor ikke nedprioritere å ivareta informasjonsbehovet til partneren på grunn av konteksten hun befinner seg i.

7 Referanseliste

- Arefjord, K. (2004, 2 mai). *Ektefeller til pasienter med hjerteinfarkt*. Psykologtidsskriftet. <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2004/05/ektefeller-til-pasienter-med-hjerteinfarkt>
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse og omsorgstjenesten*. (2. utg.) Fagbokforlaget
- Christiansen, B. (Red) (2020). *Helseveiledning* (2 utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O, Dalland. I *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 139–166). Gyldendal Akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Informerende ferdigheter. I H, Eide & T, Eide. *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg., s. 217–235). Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A, Stubberud, D, -G., & Haugland, T. (2016) Sykepleie ved hjertesykdommer. I R, Grønseth, D, -G. Stubberud & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5 utg., s.230-305) Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.54-88) Cappelen Damm Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2019, 18. juni) *Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni) *Sjekklistet*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helsedirektoratet. (2015, 14. desember). *Pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/henvisning-og-samarbeid/parorende>
- Helsedirektoratet. (2018, 16. januar) *Dialog med pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruker/dialog-med-parorende>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holme, A. (2008). Ektefellens behov for informasjon- Når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien Forskning*. 3(1). 16-24 <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/ektefellens-behov-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt> DOI nummer: [10.4220/sykepleienf.2008.0045](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0045)

- Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R., & Santavirta, N. (1999) Myocardial infarction. Spouses' reactions and their need of support. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 479-488. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01103.x>
- Nasjonalforeningen. (2021, 3. februar) *Hjerteinfarkt*.
<https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjerteinfarkt/>
- Nordahl, M. (2012, 22. august). *Hjerteinfarkt tærer på ektefellen*. Forskning.
<https://forskning.no/psykiske-lidelser-hjertet/hjerteinfarkt-taerer-pa-ektefellen/688002>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P & Grønseth, R., (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I R, Grønseth, D, -G. Stubberud & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5 utg., s.17-37) Gyldendal Akademisk
- McLean, S., & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nursing in Critical Care*. 12(3), 141-140
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00215.>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Regjeringen. (2020). *Vi- de pårørende*. [Brosjyre].
<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerrende.pdf>
- Salminen- Tuomaala, M.H., Åstedt- Kurki, P., Rekiaro, M., & Paavilainen, E. (2013). Coping with the effects of myocardial infarction from the viewpoint of patient's spouses: *Journal of Family Nursing*. 19(2) 198–229.
<https://doi.org/10.1177/1074840713483922>
- Spesialisthelsetjenesten. (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D.-G. (2016). Hjertesykdom- en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.21-36) Cappelen Damm Akademisk
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.334-392) Cappelen Damm Akademisk
- Stubberud, D.-G. (2019). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D. -G. Stubberud (Red), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (179-196). (2 utg). Gyldendal Akademisk
- Sørli, T & Bergvik, S. (2020). Pasientinformasjon i sykehus- med særlig vekt på ivaretagelse

av engstelige og bekymrede pasienter. I B, Christiansen. (Red). *Helseveiledning* (2 utg.) (s. 90-1114). Gyldendal Akademisk.

Ørn, S. (2017). Hjerte- og karsykdommer. I S, Ørn & E. Bach- Gransmo (Red), *Sykdom og behandling*. (2 utg., s. 163-198). Gyldendal Akademisk