

# Bemötande och vård vid hjärtinfarkt

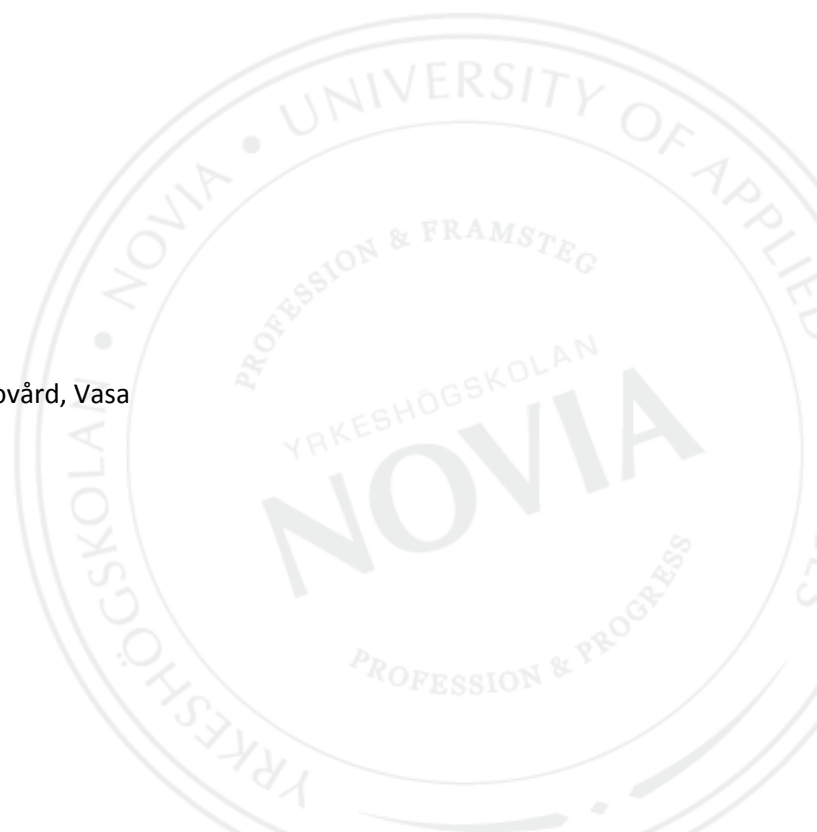
Litteraturstudie

Kristina Genberg

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2016



# EXAMENSARBETE

Författare: Kristina Genberg

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Lisen Kullas-Nyman

---

Titel: Vård och bemötande vid hjärtinfarkt

---

Datum: Mars 2016

Sidantal:

Bilagor: 1

---

## Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie undersöka hur patienter och anhöriga upplever vården och bemötandet vid en hjärtinfarkt, samt vad som upplevs viktigt vid vården. Respondenten kommer att analysera och redovisa tidigare forskning och litteratur inom ämnet. Examensarbetet görs för att försöka få fram hur bemötandet och vården upplevs av patienter och anhöriga, för att på bästa sätt kunna ge en så god vård som möjligt.

Som teoretisk utgångspunkt har respondenten valt att använda sig av Katie Erikssons vårdprocess, främst utgående från vårdrelationen samt Simone Roach's teori om vårdrelationen. Studien är en kvalitativ litteraturstudie. Som datainsamlingsmetod har respondenten använt sig av vetenskapliga artiklar, läroböcker samt internet. Alla vetenskapliga artiklar som använts är sammanställda i en resuméartikel som finns som bilaga till detta examensarbete (bilaga 1).

I resultatet framkom att det är skillnader i hur patienter upplever vården och bemötandet. Genom att informera patienten i den akuta fasen så kan patienterna känna att de är delaktiga i vården. Kvaliteten på informationen som fås under den akuta fasen är av viktig betydelse för både patienter och anhöriga. En positiv attityd anses vara viktigt hos en sjukskötare. Det är viktigt att patienterna blir hörda och förstådda.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Hjärtinfarkt, vårdande, hjärtinfarkt patienter,  
hjärtinfarkt behandling, informationsbehov, patient nöjdhet.

---

# **BACHELOR'S THESIS**

Author: Kristina Genberg

Education and place: Nurse, Vasa

Supervisor: Lisen Kullas-Nyman

Title: Care and Treatment in Heart Attack

---

Date: March 2016

Number of pages:

Annex: 1

---

## **Abstract**

The aim of this study is, by using a literature study, to examine how patients and their relatives experience the care and treatment in myocardial infarction and what they think is important when they seek care. The respondent will analyse and present previous researches and literature in the subject. The thesis is made to examine how the treatment and care is experienced by patients and their relatives, in order to give the best care.

The theoretical premise used is Katie Eriksson's caring process and Simone Roache's theory about caring. The study is a literature study. The data collection consists of scientific articles, textbooks and the internet. All the scientific articles are presented in a summary (Annex 1).

The result showed that there are differences in how patients experience care and treatment. By informing the patients in the acute phase the patients can feel that they are part of the care. The quality of information that patients and their relatives is given in the acute phase is meaningful. A positive attitude was considered important of a nurse. It is important that patients feel heard and implied.

---

Language: Swedish

Keywords: Heart attack, nursing, myocardial infarction and patients, myocardial infarction treatment, information needs, patient satisfaction.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställning.....	2
3 Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Vårdprocessen.....	3
3.1.1 Vårdrelationen.....	3
3.2 Simone Roach´s "The five C´s" .....	4
4 Teoretisk bakgrund.....	6
4.1 ST-höjningsinfarkt (STEMI).....	6
4.2 Icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI).....	7
4.3 Diagnos vid hjärtinfarkt.....	7
4.4 Behandling av ST-höjningsinfarkt (STEMI).....	8
4.5 Behandling av icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI).....	9
4.5.1 Primär PCI.....	9
4.6 STEMI processen vid Vasa Centralsjukhus.....	10
4.7 Patientens rättigheter.....	11
5 Undersökningens genomförande.....	12
5.1 Allmän litteraturstudie.....	12
5.2 Datainsamling.....	13
5.2.1 Dataanalys metod.....	13
5.2.2 Forskningsetik.....	13

6 Resultatredovisning.....	14
6.1 Informationsbehov.....	14
6.1.1 Kommunikation.....	16
6.2 Relationen mellan vårdare, patienter och anhöriga.....	16
6.2.1 Kompromisser och sårbarhet.....	17
6.3 Fysiska behov.....	18
7 Tolkning av resultat.....	18
7.1 Informationsbehov och kommunikation.....	19
7.2 Relationen och behoven.....	22
8 Kritisk granskning.....	25
9 Diskussion.....	26
Källförteckning.....	29

Bilaga

## 1 Inledning

En plötslig tryckkänsla en smärta i bröstet under vila eller vid ansträngning, kan vara ett tecken på en hjärtinfarkt. Smärtorna kan vara ihållande eller återkommande, utstrålade eller diffusa, ibland kan smärtorna upplevas som outhärdliga. Detta kan vara typiska debutsymptom på en hjärtinfarkt. (Ericsson & Ericsson, 2012, 102).

En arteriell trombos som orsakar en hjärtinfarkt är ett allvarligt tillstånd som kräver omedelbar vård, om vård fås snabbt ökar chanserna att klara sig med livet i behåll. Ett blodkärl som täpps till orsakar syrebrist i vävnaden, ju längre flödet i blodkärlet är begränsat desto större blir skadan på vävnaden. Vid en hjärtinfarkt skadas hjärtmuskelceller till följd av minskat blodflöde och syrebrist. Varje minut är avgörande för hur den som drabbas av hjärtinfarkt skall klara sig. Den som drabbas av en hjärtinfarkt kan även drabbas av allvarliga rytmstörningar till följd av syrebrist i hjärtmuskeln.

(<http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/tunnista-infarkti-ja-soita-112?gclid=CJeX2I2Ul8gCFeHacgodEzoFlw>).

En person som drabbats av instabil angina pectoris eller ST-höjningsinfarkt har störst risk att dö under det första dygnet och risken är förhöjd under den första månaden efter infarkten.

([http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01401&p\\_haku=sydäninfarkti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01401&p_haku=sydäninfarkti)).

Faktorer som ökar risken för att drabbas av en hjärtinfarkt är bland annat rökning, högt blodtryck, stress, förhöjda blodfetter, diabetes, övervikt och fetma. Ärftliga anlag har också betydelse. Redan under det första dygnet efter ett rökstopp minskar risken för hjärtinfarkt för att ett år senare vara halverad, efter fem år har risken minskat till den nivå som en person som aldrig rökt. Det skadliga kolesterolet LDL ökar risken för hjärtinfarkt på grund av åderförfettning som leder till förträngning i blodkärlen. (<https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Riskfaktorer-hjartinfarkt/>).

I Finland insjuknar årligen cirka 25 000 människor i en hjärtinfarkt och cirka 13 000 dödsfall är relaterade till hjärtinfarkt.

([http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086)).

Respondenten har valt att skriva om hur patienter som drabbats av en hjärtinfarkt blir bemötta och deras upplevelser av vården, samt hur anhöriga upplever bemötandet och vården. Hur kan vi som vårdare bemöta patienten på ett bra sätt, hur bemöter vi anhöriga vars närstående drabbats av en allvarlig akut sjukdom. Ett gott förhållningssätt och ett gott bemötande är en viktig egenskap för att skapa ett förtroendefullt vårdförhållande till patienterna och deras anhöriga.

## **2 Syfte och frågeställning**

Syftet med detta arbete är att genom litteraturstudie undersöka hur patienter blir bemötta och upplever vården vid hjärtinfarkt, samt hur anhöriga upplever bemötandet och vården. Vad anser patienten är viktigt vid vården av en hjärtinfarkt. Som sjukskötare kommer de flesta att möta patienter som drabbats av en hjärtinfarkt och då är det viktigt att veta vad vi som vårdare bör tänka på för att kunna ge en så god vård som möjligt för att patienterna skall känna sig trygga och så att vi kan ge dem en bra förutsättning för ett gott tillfrisknande.

Forskningsfrågorna som ställs är:

- Hur upplevs bemötandet och vården av patienter och anhöriga i den akuta situationen?
- Vad är viktigt för patienterna och anhöriga vid en hjärtinfarkt?

## **3 Teoretiska utgångspunkter**

Respondenten har valt att använda Katie Erikssons teori vårdprocessen, främst utgående från hennes definition av vårdrelationen. Vårdprocessen går hand i hand med vårdrelationen eftersom en fungerande vårdprocess uppstår genom en god vårdrelation. Respondenten har valt att även utgå från Simone Roach's teori om vårdrelationen, "The five C's", som svarar på frågan "vad gör sjukskötaren när hon vårdar?".



### 3.1 Vårdprocessen

Själva kärnan i vårdprocessen utgörs av patient-vårdarrelationen, genom denna grundläggande relation får patienten kraft att delta i vårdprocessen. Vårdprocessen sker här och nu, det som avgör vad som ingår i vårdprocessen formas från resurser och möjligheter som finns i den aktuella situationen. Grundidén i vårdandet är att patienten ska ha det bra här och nu. Genom vårdprocessen förenas vetenskap och verklighet i vårdandet. (Eriksson, 2014, 18-19).

I vårdprocessen utgår man från att patienten deltar aktivt, d.v.s. patienten har avsikter och mål. Både patienten och vårdaren planerar sina handlingar, som de sedan gör gemensamma beslut om i de olika faserna av vårdprocessen. Genom dessa beslut framskrider vårdskeendet. Som vårdare bör man också tänka på att patientens familj bör ingå i beslut gällande vården. (Eriksson, 2014, 21).

Vårdprocessens yttersta syfte är optimal hälsa, i varje skede av vårdprocessen ska aktiviteterna värderas mot den optimala hälsan. Processen fortgår tills optimal hälsa har uppnåtts, vilket innebär att vårdprocessen kan fortgå under olika former under en lång tidsperiod. (Eriksson, 2014, 22). Vårdprocessen innefattar patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vård och vårdhandling samt klargörande av samband mellan de olika faserna. (Eriksson, 2014, 25). Den grundläggande processen är relationen mellan patient och vårdare, och relationen är målinriktad mot hälsan. (Eriksson, 2014, 26).

#### 3.1.1 Vårdrelationen

Det som utgör grunden i själva vårdandet och vårdprocessen är relationen mellan patient och vårdare. I en vårdrelation får patienten lära sig att ta emot och att ge, patienten får en möjlighet att uttrycka problem, begär och behov. Interaktioner som förekommer i vårdprocessen är informationsutbyte eller utförande av olika aktiviteter. Vårdförhållandets syfte är att stödja patientens hälsoprocess, förhållandet är professionellt och grundar sig på kunskap samt uppfyller etiska krav. Kontinuiteten är

viktigt i vårdförhållandet, för att säkerställa kontinuitet kan man bland annat använda sig av så kallat egenvårdarsystem. (Eriksson, 2014, 55-56).

### **3.2 Simone Roach´s "The five C´s"**

Compassion (medlidande), Competence (kompetens), Confidence (förtroende), Conscience (samvete) & Commitment (åtagande). Dessa fem C'n kan svara på frågan "Vad gör sjuksköterskan när hon vårdar?". De utgår från olika förhållningssätt inom vårdandet såsom att ta sig tid att vara med, kontrollera sakliga fakta, visa respekt, förvara förtroende och förvara en plikt. Dessa är kännetecknande av vårdandet. (Roach, 1992, 57-58).

#### **Compassion (medlidande)**

Medlidande kan definieras som ett sätt att vara medveten om ens relationer till allt levande, att framkalla en respons av deltagande i upplevelsen av andra, att ha en känslighet till smärta och trasighet hos den andra. En förmåga som tillåter att dela med och göra rum åt den andra. Genom medlidande kan man dela glädje, sorg, smärta och prestationer. Medlidande involverar en enkel närvaro till varandra. Medlidande är en egenskap inom vårdandet. (Roach, 1992, 58-59).

#### **Competence (kompetens)**

Kompetens är ett tillstånd av att ha kunskap, omdöme, färdighet, energi, erfarenhet och motivation som krävs för ett professionellt ansvar. Kompetens utan medlidande kan vara brutalt och omänskligt. Medlidande utan kompetens är inte mera än meningslöst, om än inte skadligt, inkräktande på människans liv eller hjälpen som människan behöver. Inom all professionell service krävs en hög grad av kognitiv, emotionell, teknisk och administrativ kunskap, med specifik kunskap inom det specifika området. Professionellt vårdande kräver sådan kunskap. Förmågan att vårda, att vårda på adekvat och lämpligt sätt, fordrar att vi har friheten att lära och möjlighet att praktisera inom respektive områden, på ett sätt kompatibelt med värdighet och behov hos dem vi betjänar. (Roach, 1992, 61-62).

## **Confidence (förtroende)**

Förtroende kan definieras som den kvalitet som främjar ett tillitsfullt förhållande. Vårdande förtroende främjar tillit utan beroende, vidarebefordrar sanning utan våldsamt, och skapar en relation av respekt utan förmyndarmentalitet eller utan att framkalla ett svar utav rädsla eller av maktlöshet. Förtroende är då en kritisk egenskap av professionellt vårdande. (Roach, 1992, 62-63).

## **Conscience (samvete)**

Ordet samvete kan definieras som ett tillstånd av etisk medvetenhet. Samvete är den vårdande personens anpassande till den etiska naturen av saker. Samvete är varken medfött, inte heller endast en tillsatt sak i någon punkt i ens erfarenhet. Samvete växer ur erfarenhet, ur en process där vi värdesätter oss själva och andra. Samvete är responsen av vårdandet och yttrar sig självt som vård. Professionellt vårdande reflekteras i ett moget samvete. (Roach, 1992, 63-64).

## **Commitment (åtagande)**

Åtagande är definierat som en sammansatt emotionell reaktion karakteriserat av överensstämmelse mellan ens önskan och ens skyldigheter, och genom ett övervägt val, agera i enlighet med dessa. Hängivenhet (åtagande) är essentiellt till vårdande, om hängivenheten bryts, bryts även vårdandet. Åtagandet ska inte bli någon börda, istället ses som en uppgift, en person, ett val eller karriär. I varje ögonblick erfar vi olika grader av åtaganden och varierande grader av svårigheter till de val vi tror vi bör göra. Vissa val blir så självklara att vi knappt reflekterar över dem, de blir nästan automatiska. Åtagandet är alltid en utmaning som vårdandet kräver. (Roach, 1992, 65).

## 4. Teoretisk bakgrund

I detta kapitel kommer respondenten att förklara de olika begreppen ST-höjnings infarkt (STEMI), icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) samt behandlingen av dessa två. Respondenten kommer även att redogöra för vad lagen om patientens ställning och rättigheter säger om patientens rätt till gott bemötande och information.

Symptom på en hjärtinfarkt är en ihållande tryckkänsla eller smärta i bröstet under vila och ansträngning. Smärtorna kan vara ihållande eller återkommande, de kan vara utstrålade eller diffusa, ibland kan smärtorna kännas outhärdliga. Smärtan kan även stråla ut mot vänster arm, upp mot nacken och underkäken eller ut i ryggen mellan skulderbladen. Ibland kan även ångest, illamående, kallsvettighet och andfåddhet förekomma. Detta är särskilt vanligt hos kvinnor som ofta har diffusare symptom än män. (Ericsson & Ericsson, 2012, 102).

En del kan ha upplevt en del varningssymptom under någon månad, vecka eller dag, som till exempel korta episoder av bröstsmärta, tryckkänsla i bröstet, andfåddhet och trötthet. De bröstsmärtor som pågår under längre tid än femton minuter och vars symptom inte lindras av nitroglycerin ska alltid föranleda transport till sjukhuset. (Ericsson & Ericsson, 2012, 103).

### 4.1 ST-höjningsinfarkt (STEMI)

Vid en ST-höjningsinfarkt (STEMI) är ST-sträckan på EKG höjd i det akuta skedet. Det förekommer också ofta en Q-våg vilket betyder att det finns ischemi som medfört nekros av alla hjärtmuskelceller i hela det engagerade myokardiets tvärsnitt, så kallad transmural hjärtinfarkt. ST-höjningsinfarkt uppstår om plackruptur och trombos inträffar centralt i ett större kranskärl. Blodflödet stängs då av helt i kärlet och ingen effektiv kollateralcirkulation från andra mindre kärl går att etablera inom den korta tid som finns till förfogande. De hjärtmuskelceller som är helt beroende av blodflödet från det skadade kranskärllet blir då skadade och går i nekros. Hjärtats pumpfunktion försämras då snabbt

och både cirkulationen och blodtrycket påverkas vilket leder till allvarliga konsekvenser. (Ericsson & Ericsson, 2012, 100-102).

## **4.2 Icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI)**

Om aterosklerotiska plack utvecklas i ett större eller mindre kranskärl, är det vanligt att ett visst blodflöde kvarstår genom kärlet. Då utvecklas ingen Q-våg och ingen ST-höjning på EKG. Cellnekrosen som i detta fall drabbar hjärtmuskelcellerna begränsas till att omfatta enbart celler i den inre delen av myokardiets vägg. Infarkttypen benämns då subendokardiell. Dessa infarkttyper har ofta bättre prognos. En icke ST-sänkingsinfarkt kan även uppkomma om det finns utspridda kärlförändringar i flera kranskärl, utan att man kunnat lokalisera stenoser av enskilt kranskärl. En sådan infarkttyp kan till exempel inträffa om myokardiets energibehov tillfälligt har blivit för stort i förhållande till tillgängligt blodflöde, det kan uppstå vid bland annat snabb hjärtarytmi, hjärtsvikt, blodtrycksfall, plötsligt kraftig ansträngning eller blödning. (Ericsson & Ericsson, 2012, 101-102).

## **4.3 Diagnos vid hjärtinfarkt**

Diagnosen hjärtinfarkt ställs genom den typiska utvecklingen av bröstsmärtorna, typiska EKG-förändringar samt infarktzymer i serum. STEMI orsakar EKG-förändringar under de första timmarna, främst då ST-sträckan som höjs. T-vågen blir negativ på grund av ischemi i infarktområdet. ST-sträckan visar förhöjningar inom de EKG-avledningarna som elektriskt motsvarar det ischemiska området i hjärtmuskeln. ST-sträckan är ofta tämligen rak eller ibland uppåt och kvarstår vanligen förhöjd några dagar efter infarkten. Några dagar senare brukar ST-sträckan sjunka medan den negativa T-vågen och Q-vågen kvarstår. (Ericsson & Ericsson, 2012, 104).

Vid NSTEMI finns ingen ST-höjning på EKG under det akuta skedet, istället ses ibland ST-sänkning inom det ischemiska området och ofta en negativ T-våg. ST-sänkningen beror på ischemi i myokardiets tvärsnitt inom det drabbade området. Någon Q-våg utvecklas inte. (Ericsson & Ericsson, 2012, 104-105). Infarktenszymerna troponin T och troponin I läcker till blodet från skadade hjärtmuskelceller och kan mätas i serum. Dessa enzymer följs för diagnostik och bedömning av infarktens storlek. Redan vid små infarkter uppträder stigande värden. Enzymvärdena når sitt maximum efter 12-20 timmar vid en hjärtmuskelskada. Enzymerna är förhöjda upp till 14 dygn efter infarkten. CK-MB är även ett enzym som kan analyseras vid misstanke om hjärtinfarkt. Även CRP kan vara förhöjt vid en hjärtinfarkt. Övriga laboratorieanalyser och undersökningar som ger information om infarkten är: elektrolytstatus, leverstatus, B-glukos och HbA1C, NT-proBNP, LDL-kolesterol samt ekokardiografi. (Ericsson & Ericsson, 2012, 105-106).

#### **4.4 Behandling av ST-höjningsinfarkt (STEMI)**

Som första åtgärd behandlar man smärta och ångest. Smärtan medför en negativ stress för det sjuka myokardiet genom att sympatiska nervsystemet aktiveras. Morfin ges som snabb och effektiv lindring av smärta och ångest. Morfin har en kärlvidgande effekt som minskar hjärtbelastningen och risken för hjärtsvikt. Man bör dock vara observant eftersom morfin kan medföra illamående och en viss hämning av andningen. Syrgas ges åt alla patienter som är smärtpåverkade eller cirkulatoriskt påverkade. (Ericsson & Ericsson, 2012, 109).

Nitroglycerin ges mot ihållande bröstsmärtor och kan ges upprepade gånger om inte smärtorna lindras av morfin och betablockerare. Nitroglycerin har en god dilaterande effekt på kroppens övriga vener som medför att blodets venösa återflöde till hjärtat reduceras. (Ericsson & Ericsson, 2012, 109).

Andra läkemedel som kan användas är betareceptorblockerare som minskar hjärtfrekvensen och motverkar bröstsmärtor, sederande läkemedel som till exempel diazepam kan ges som tillägg till morfin vid tydlig ångest. Mot illamående kan man ge metoklopramid/primperan. (Ericsson & Ericsson, 2012, 109).

Som antitrombotisk behandling ges acetylsalicylsyra med en hög startdos på 250-500 mg per os. Klopido­grel 600 mg, tikagrelor 180 mg eller prasugrel 60 mg ges i kombination med ASA. Lågmolekylärt heparin ges subcutant. Nitratinfusion kan ges ifall bröstsmärtorna fortsätter, om blodtrycket är högt eller om det finns tecken på hjärtsvikt hos patienten.

([http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01401&p\\_haku=sydäninfarkti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01401&p_haku=sydäninfarkti)).

Perkutan coronar intervention (PCI) används som förstahandsval för att öppna ett okkluderat kranskärl vid en akut hjärtinfarkt. . PCI föredras framför trombolys särskilt om det finns hemodynamisk påverkan eller om det finns kontraindikationer för trombolys. (Ericsson & Ericsson, 2012, 109).

#### **4.5 Behandling av icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI)**

Smärtbehandling och det akuta omhändertagandet är detsamma som vid ST-höjningsinfarkt. ASA och klopido­grel ges i kombination för att motverka fortsatt utveckling av kranskärlstrombosen, medicineringen fortsätter åtminstone tre månader. Lågmolekylära hepariner ges fram tills att en PCI blir aktuell. (Ericsson & Ericsson,2012, 112).

##### **4.5.1 Primär PCI**

Primär PCI innebär att en kateter förs in via arteria femoralis eller arteria radialis in i det tilltäppta kranskärl­et, som öppnas med hjälp av en ballong eller en stent för att få ett fungerande blodflöde igen. En primär PCI är mycket effektivare än vanlig trombolys som användes mera förut vid behandling av hjärtinfarkt. (Tough J, 2006).

Under en PCI är det viktigt att följa med och monitorera patientens vitala parametrar, inkluderande kardiovaskulära och respiratoriska funktioner och uppehållande av hemostas efter borttagning av kateter. Patienterna kräver att få omvårdnad som innefattar nutrition, hygien, hudvård samt psykologisk vård som innefattar att förklara

proceduren åt patienten, att berätta vad som hänt och vidare vård. Det är viktigt att följa med punktionsstället med täta kontroller under de första timmarna, med tanke på att blödning eller hematom kan uppstå. Hjärtmonitorering är viktig för att upptäcka eventuella arytmier. I början mäts blodtrycket med en halvtimmes mellanrum och sedan med en timmes mellanrum. Andningsfrekvensen samt saturationen följs även med. Under de första timmarna krävs fullständigt sängvila. Om åtgärden utförts via femoralis får patienten inte röra benet på åtminstone fyra timmar efteråt. Patienten får äta efteråt samt dricka fritt. Under det första dygnet påbörjas rehabiliteringen. Det är också sjukskötarens ansvar att kunna ge information om diagnos, behandling och medicinering. (Tough J, 2006). Om åtgärden utförts via radialis bör armen hållas stilla under de första två timmarna, man bör undvika att mäta blodtrycket i den armen. Sjukskötaren undersöker stället med jämna mellanrum och observerar eventuella svullnader, blödning, distal puls, känsel och motorisk funktion. (Shoulders-Odom, B, 2008).

#### **4.6 STEMI processen vid Vasa Centralsjukhus**

Om patienten finns färdigt på dejourpolikliniken tas rutinmässiga blodprov, patienten ges Atarax 100 mg p.o. och patientens medicinering går genom. Ett EKG som tagits skickas till dejourerande kardiolog, som i sin tur gör ett beslut om en primär PCI ska genomföras. Vid kontakt med kardiologen kontrollerar man vilka mediciner som ska ges, oftast ASA 250 mg p.o., Tikagrelor (Brilique) 180 mg p.o. samt Atarax 100 mg p.o. Vid behov ordinerar kardiologen andra mediciner. Om patienten får sin diagnos utanför sjukhuset, skickas EKG också till kardiologen. Kardiologen ringer ansvariga skötaren i angioteamet som sedan ringer åt de andra skötarna. Ansvarig skötare meddelar triageskötaren på dejourpolikliniken om att en hjärtinfarkt patient är på väg och ger en ungefärlig tidpunkt när de beräknas anlända till sjukhuset och när patienten kan komma in till hjärtstationen. I de fall då patienten kommer med ambulans meddelar ambulanspersonalen dejourpolikliniken att det rör sig om en hjärtinfarkt patient och att kardiologen är kontaktad och beslut om PCI gjorts. Ansvariga skötaren meddelar dejourpolikliniken då angioteamet är redo att ta emot patienten på hjärtstationen. Blodprov som tas antingen på dejourpolikliniken eller på angiolabbet är; INR, Aptt, K, Na, pvk+t, krea, gluc, blodgrupp



+ antikroppar. Efter att PCI'n är genomförd fortsätter vården oftast på CCU/hjärtövervakningen, en del kan behöva intensivvård och åker då vidare till intensivvården. På hjärtövervakningen eller intensivvården tas en thorax bild, TnT samt EKG. Målet är att alla STEMI patienter ska få invasiv vård (PCI) inom två timmar efter att diagnosen är ställd.

I de fall patienten är återupplivad, intuberad eller i kardiogen chock meddelar kardiologen ansvariga skötaren på intensivvården. Om möjlighet går en sjukskötare från intensivvården samt anestesiläkaren till akuten/hjärtstationen och är med i vården av patienten. Efter angiografien förs patienten till intensivvårdsavdelningen för fortsatt vård. ([http://intra1.vsvd.local/sv/vart-sjukhus/serviceomradet-for-akutvard/hjartstation/hjartstations\\_vardanvisningar/stemi-patient-raku-hautamaki/](http://intra1.vsvd.local/sv/vart-sjukhus/serviceomradet-for-akutvard/hjartstation/hjartstations_vardanvisningar/stemi-patient-raku-hautamaki/)).

#### **4.7 Patientens rättigheter**

Alla har rätt till vård av god kvalitet. Patienten ska bemötas så att människovärdet inte kränks och integriteten ska respekteras. Modersmålet, individuella behov samt kultur ska i mån av möjlighet beaktas. Patienterna har rätt att få veta om deras hälsotillstånd, om olika vård- och behandlingsalternativ samt dess betydelse och om omständigheter som rör vården och behandlingen. Upplysningar ska inte ges om patienten själv inte vill eller om det kan medföra allvarlig fara för patientens hälsa eller liv. Upplysningarna ska ges på ett sådant sätt att patienten förstår vad det innebär.

Vård och behandling ska ges i samförstånd med patienten. En patient har rätt att vägra ta emot en viss vård eller behandling, om så är fallet ska vården och behandlingen i mån av möjlighet ges på annat sätt som är godtagbart ur medicinsk synpunkt. Om en patient av någon anledning inte själv kan fatta ett beslut om vården och behandlingen till exempel på grund av mental störning, skall hans lagliga företrädare, nära anhörig eller annan närstående höras före viktiga vårdbeslut tas.

(<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>).

Vasa centralsjukhus mål är att ge bästa möjliga vård och bemötande. Vården utförs i en smidig och säker process. Bekräftade behandlingsmetoder ges och vården är medicinskt motiverad och evidensbaserad. I mån av möjlighet tas hänsyn till individuella behov och önskemål. Alla bemöts med värdighet och vänlighet. Alla har rätt till grundlig information om sitt hälsotillstånd, olika behandlingsalternativ, vilka effekter det har samt betydelsen av vården. Patienten har rätt att vägra vård eller behandling, vården ska ges i samförstånd med patienten.

([https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for\\_patienter/sjukhusguiden/sjalvbestammande/anhorigas-rattigheter/](https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/sjukhusguiden/sjalvbestammande/anhorigas-rattigheter/)).

## **5 Undersökningens genomförande**

I detta kapitel kommer respondenten att redogöra för vad en litteraturstudie är, vilken datainsamlingsmetod som används, samt dataanalys metod. Respondenten har valt att använda sig av kvalitativ innehållsanalys.

### **5.1 Allmän litteraturstudie**

All forskning startar forskningsprocessen med en allmän litteraturgenomgång. Syftet med den allmänna litteraturgenomgången är att få en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie görs eller att beskriva kunskap inom ett visst område. I en allmän litteraturstudie beskrivs och analyseras valda studier, men sällan på ett systematiskt sätt. I allmänna litteraturstudier där kvalitetsbedömningar saknas är risken stor för att felaktiga slutsatser dras. (Forsberg & Wengström, 2008, 29-30). I en allmän litteraturöversikt brukar inte någon kritisk granskning presenteras av artiklarna, det gör det svårt för läsaren att bedöma resultatens giltighet. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, 203). Ett första krav på en litteraturstudie är att den ska utgå från en klar och tydlig frågeställning som går att besvara. Syftet anger vad som avses uppnå med arbetet. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, 206-207).

## **5.2 Datainsamling**

Första steget för att hitta den information som behövs är att ta reda på vad man vill veta. En första problemformulering görs. Information kan fås från artiklar, böcker, avhandlingar, rapporter, examensarbeten och hemsidor. Vetenskaplig information hittas framför allt i avhandlingar och vetenskapliga artiklar. För att hitta artiklar behövs en databas, i databasen är artiklar beskrivna på ett sätt som gör det enkelt att söka efter olika ämnen. (Henricson, 2012, 96).

### **5.2.1 Dataanalys metod**

I en innehållsanalys är det grundläggande arbetssättet att systematiskt och stegvist klassificera data för att lättare kunna identifiera teman och mönster, målet är att beskriva och kvantifiera specifika fenomen. Manifest innehållsanalys innebär en analys av direkt synliga mönster eller teman. Latent innehållsanalys innebär en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier eller modeller. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, 189-192).

### **5.2.2 Forskningsetik**

Forskningsetiken bidrar till att skydda personer som medverkar i studier. Den bygger på respekt för människor. Dessutom ska självbestämmande rätten accepteras, människan bestämmer själva om de vill delta eller inte. Forskningsetik är överväganden som görs inför och under ett vetenskapligt arbete. Etiska överväganden finns inom hela examensarbetet, både vid val av ämne och frågeställning samt genomförande och resultat. Vid ett examensarbete ska man se till så att människor inte utnyttjas, skadas eller såras. Den enskilda människan ska skyddas och människovärdet ska respekteras. Alla människor har lika värde. Forskningsdeltagare ska medverka frivilligt och har rätt att få tillräckligt med information. (Henricson, 2012, 70-74).

För att kalla en studie etisk måste några aspekter beaktas, studien ska handla om väsentliga frågor, studien ska ha en god vetenskaplig kvalitet samt att studien genomförs på ett etiskt sätt. (Henricson, 2012, 76).

## **6 Resultatredovisning**

I detta kapitel kommer respondenten att presentera en sammanfattning av de analyserade forskningarna. Alla forskningsartiklar kommer även att presenteras i en resuméartikel som bilaga till examensarbetet. Av de analyserade artiklarna har respondenten valt ut huvudrubriker samt underrubriker över de resultat som framkommit från de vetenskapliga artiklarna över vad patienter och anhöriga anses vara viktigt vid vården hos de akut sjuka patienterna samt bemötandets betydelse.

### **6.1 Informationsbehov**

Informationsbehovet är ett återkommande tema i nästan alla forskningar som gäller vård och bemötande. För att patienter ska uppleva trygghet behöver vårdarna kunna ge information om sjukdomen och vad som sker.

En del patienter uttrycker sig om ett större informationsbehov. Det är skillnader i hur patienter upplever vården och bemötandet, en del är nöjda över att de har överlevt medan andra upplever att de har fått lite kunskap över vad som hänt dem samt för lite information om undersökningar och resultat. Nöjdheten angående informationen som getts ansågs vara relaterat till kontinuiteten i vården och tillgången till specialist sjukskötare, det i sin tur kunde öka möjligheten att utveckla en relation där informations givning kunde skräddarsys till individuella behov och förväntningar. Fokus på informationsgivning ska göras så att patienter känner sig lugna och stödjade. (Johnson m.fl., 2008). I studien som Höglund m.fl. (2010) gjort betonades betydelsen av information i den akuta fasen, genom att få information om vad som hände kunde patienten känna att han var delaktig i vården.

Enligt (Kilonzo & O'Connell, 2010) ansågs sjukdomsspecifik information vara det som ansågs mest adekvat när det gällde information som de fick. Även information om rökning ansågs viktigt. Eftersom allt skedde väldigt snabbt under den akuta fasen kunde patienter ha svårt att minnas detaljer av informationen som de fått. (Astin m.fl., 2008).

Koronar hjärtsjukdom är ett långvarigt sjukdomstillstånd som kräver självdisciplin för att reducera risker, därför är det viktigt att försöka få både patienter och dessa anhöriga att förstå att sjukdomen är av kronisk natur. (Astin m.fl., 2008).

Rolley m.fl. (2009) menar att kvaliteten av informationen som fåtts under den akuta fasen, både hos patienten själv samt deras anhöriga var av viktigt betydelse. Dock påvisades att förbättrad och mer väsentlig information given åt anhöriga under patientens sjukhusvistelse var ett behov som inte alltid blev bemött. Förbättrad och mer adekvat information verkar vara ett ouppfyllt behov inom vissa sjukhus. Anhöriga vill gärna ha mera information om uppskattad tidslängd på sjukhus och information om vården efter hjärtinfarkten.

I studien som Sorlie m.fl. (2005) gjort var patienterna tacksamma för mängden information de fått från sjuksköterna.

Johnson m.fl., (2008) menade att patienter inte endast ville höra att allt var okej, de ville gärna veta vad detta innebar, bland annat genom att deras resultat jämfördes med optimala parametrar. I studien som Johnson m.fl., (2008) gjort kom man fram till att mängden och typen av informations givning inte alltid var uppfattad som optimal av patienterna. Det är viktigt att patienterna mottar ändamålsenlig information om hur de kan öka deras välbefinnande efter utskrivning.

Patienter kan utveckla känslor av osäkerhet utgående från sjuksköternas ord och handlingar, som till exempel brist på omedelbara svar på patientens frågor samt den uppenbara tumulten av att personalen springer av och an. (Sorlie m.fl., 2005).

Enligt forskningen som McLean & Timmins (2007) gjort har man kommit fram till att makar upplevde fördelar med informationen de fått, informationen blev ett stöd som hjälpte dem att hantera händelsen. Koronar hjärtsjukdom är en kronisk sjukdom som kräver livslång självhantering för att reducera risker, detta är en sak som vårdarna bör

försäkra sig om att patienter och deras anhöriga förstår. Informationen de får angående detta bör vara skraddarsytt för individuella behov. (Astin m.fl., 2008).

### **6.1.1 Kommunikation**

Sjukskötare bör vara väl införstådda med att kunna ge klara och konsekventa råd i den akuta fasen för att kunna förbättra patienters långsiktiga resultat. Klar kommunikation om diagnoser är nödvändigt, eftersom patientens osäkerhet angående vad sjukdomen betyder kan förändra deras uppfattning om risker och motivation för en livsstilsförändring. Detta bör tas i beaktande vid kommunikation och informationsgivning vid en hjärtinfarkt. Det är även skillnad på de som haft STEMI och N-STEMI hur de uppfattar sjukdomen (Dullughan m.fl., 2013).

Johnson m.fl., (2008) har i deras studie kommit fram till att patienter värdesätter vissa attityder av sjukskötare, speciellt stillhet, uppmuntran och humor, för att reducera rädslor och uppehålla "normalitet" i miljön som råder. Patienten värdesätter den tid och uppmärksamhet som sjukskötaren är beredd att ge.

Kommunikationsproblem mellan vårdpersonal och anhöriga verkar vara ett problem som är återkommande. Vårdarna bör vara medvetna om att inkludera anhöriga är en viktig del inom vården för evident data. (Rolley m.fl., 2009).

## **6.2 Relationen mellan vårdare, patienter och anhöriga**

Första kontakten är väldigt viktig, det sätt sjukskötaren kan skoja lite på och skratta tillsammans med deras patienter. De ska vara glada, ett skratt betyder så mycket. Vården som sjukskötaren ger sina patienter är uttryckt på så många sätt, sättet de hjälper dem med deras dagliga hygien, sättet de pratar med dem på, hur de kan ge patienterna ett vänligt uppmuntrande eller en klapp på axeln, är lika viktigt för patienterna som professionalitet och medicinsk vård. Att sjukskötarna kom in på patienternas rum och hörde sig för hur patienterna mådde ansågs viktigt, speciellt eftersom många patienter,

speciellt de äldre, kanske var motvilliga att ringa på klockan med rädsla för att störa personalen. Sjukskötarna skapar känsla av säkerhet för patienterna genom deras lugna, effektiva sätt och deras flöde av information. Yngre patienter kände att den totala omgivningen av säkerhet och kollegialitet bland personalen ökade deras egen känsla av säkerhet som patient. Patienterna var mycket klara med att de förväntade sig professionell vård från kompetent personal och erfar detta genom att även observera hur andra patienter blev vårdade. Patienter ska ses som individer som har olika åldrar, kön och erfarenhet av livet. (Sorlie m.fl., 2005).

I studien som Kilonzo & O`Connell (2010) gjort kunde man konstatera att patienterna var nöjda med sjukskötarpatient interaktionen. Patienterna var nöjda med tiden som sjukskötarna gav för diskussion. Detta betonar den viktiga betydelsen av att sjukskötarna utvecklar en terapeutisk relation till patienterna. Det är viktigt för patienterna att bli hörda och förstådda.

### **6.2.1 Kompromisser och sårbarhet**

Enligt Sorlie m.fl. (2005) var patienterna väl införstådda med att flera uppgifter måste göras som rutin och att det är mycket att göra på en hektisk avdelning. Patienterna var bekymrade över hur pressen på avdelningen påverkade sjukskötarna och tog ett visst ansvar för att försöka lindra det, de ansåg att sjukskötarna måste se efter dem själva så att de orkar fortsätta jobba. Patienter uttrycker även en viss sårbarhet på många sätt, det kan till exempel handla om rädsla över vad som händer med dem eller osäkerhet angående diagnosen. Det är viktigt att förstå patienternas sårbarhet i deras situation för att bättre förstå deras belåtenhet med vården.

I studien som Omar m.fl. (2013) gjort kom man fram till att sjukskötarna ska respektera spirituella behov hos patienterna. Att få ha besök av familjemedlemmar och släktingar regelbundet var av värde, men inte det viktigaste. Anhöriga till patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplevde ofta händelsen som stressig och en rädsla för det som hänt. (McLean & Timmins, 2007).

Om patienter får delta och vara involverad i vården kan det på så sätt öka patientens engagemang för återhämtningen och patienten kan känna sig trygg. Det kanske inte alla gånger är möjligt under den akuta fasen, men att involvera patienten genom att informera om vad som sker och hur behandlingen går till gör att patienterna känner sig trygga och får positiva effekter. Även här behöver vårdpersonalen vara uppmärksam på om patienterna vill vara delaktiga eller inte. (Höglund m.fl., 2009).

### **6.3 Fysiska behov**

Omar m.fl. (2013) har i deras forskning fått fram resultatet om att patienterna ansåg att fysisk och teknisk kunskap var viktigare än andra aspekter. Sjukskötarna i sin tur ansåg att undervisning om omvårdnad var viktigare än andra omvårdnads handlingssätt på en hjärtövervakning. Med detta anser Omar m.fl. (2013) att sjukskötarna behöver utveckla en effektiv omvårdnads plan för patienter med koronara hjärtsjukdomar utgående från patientens behov. Kontinuerlig bedömning av patienten är också viktigt för att följa patientens framfart av deras status och för att förebygga komplikationer. Sjukskötarna bör utveckla procedurer och protokoll som fokuserar på omvårdnad och integrerar fysiska, emotionella, psykologiska och kognitiva aspekter av vård.

## **7 Tolkning av resultat**

I detta kapitel kommer respondenten att tolka resultatet utgående från den teoretiska utgångspunkten och även relatera till den teoretiska bakgrunden. Som teoretisk utgångspunkt har respondenten använt sig av Katie Erikssons teori om vårdprocessen, samt Simone Roach's teori om vårdrelationen. Respondenten har valt att dela upp kapitlet i två rubriker, informationsbehov och kommunikation samt relationen och behoven.



## 7.1 Informationsbehov och kommunikation

En del patienter nöjde sig med att de hade överlevt en akut sjukdom, medan andra upplevde att de hade fått alldeles för lite kunskap om vad som hänt dem, information om undersökningar och resultat. Nöjdhet angående informationen kunde kopplas till kontinuiteten av vården. Informationsgivning ska utföras på sådant sätt att patienterna känner sig lugna och stödjade. (Johnson m.fl., 2008). Rolley m.fl. (2009) menade att information given åt anhöriga inte alltid var bemött. Höglund m.fl. (2010) belyste att genom information kände patienten att han var delaktig i vården.

I vårdprocessen utgår man från att patienten deltar aktivt. Både patienten och vårdaren planerar sina handlingar, som de sedan gör gemensamma beslut om. (Eriksson, 2014, 21). Yttersta syftet med vårdprocessen är optimal hälsa, aktiviteterna ska värderas mot den optimala hälsan (Eriksson, 2014, 26).

För att patienten ska kunna delta aktivt i vården krävs samarbete tillsammans med vårdare, och patienten behöver få tillräckligt med information om vad som pågår och information om behandlingen. Även anhöriga behöver få information för att kunna stödja patienten i den allvarliga situationen.

I den akuta fasen sker allt väldigt snabbt och patienten har svårt att minnas detaljer av informationen som fått, eftersom en koronar hjärtsjukdom är ett långvarigt sjukdomstillstånd som kräver självdisciplin för att reducera risker, är det viktigt att både patienten och dennes anhöriga förstår att sjukdomen är av kronisk natur. (Astin m.fl., 2008).

Grunden i själva vårdandet och vårdprocessen är relationen mellan patient och vårdare. I vårdrelationen lär patienten sig att ta emot och ge, patienten ges möjlighet att uttrycka problem, begär och behov. Interaktioner som förekommer i vårdprocessen är informationsutbyte eller utförande av vårdaktiviteter. Kontinuitet är viktigt i vårdförhållandet, för att säkerställa kontinuiteten kan man använda sig av så kallat egenvårdssystem (Eriksson, 2014, 55-56).

Eftersom många är involverade i vården hos den akut sjuke patienten kan det vara skäl att försöka upprätthålla ett så kallat egenvårdarsystem så att patienten och anhöriga får tillräckligt med information, den som vårdar vet vilken information som getts och vad patienten och de anhöriga kanske behöver veta mera om. Patienten och vårdaren bygger upp en tillitsfull vårdar relation, som kan vara gynnsam för både patienten och dess anhöriga.

Kompetens är ett tillstånd av att ha kunskap, omdöme, färdighet och motivation som krävs för ett professionellt ansvar. Inom professionell service krävs kognitiv, emotionell, teknisk och administrativ kunskap. (Roach, 1992, 61).

För att kunna informera patienter och anhöriga krävs kunskap om sjukdomen samt området som berörs. Vårdaren bör ha gott omdöme samt färdighet om vad varje individ behöver.

I studien som Johnson m.fl. (2008) gjort kunde man konstatera att nöjdhet angående informationsgivningen var relaterat till kontinuiteten av vården och där även tillgång till en specialist sjukskötare, det kunde i sin tur leda till att utveckla en god relation där informationen kunde skräddarsys till individuella behov och förväntningar. Om sjukskötarna till exempel undvek att ge omedelbara svar på patientens frågor, kunde patienten utveckla känslor av osäkerhet. (Sorlie m.fl., 2005).

Kontinuitet är viktigt i vårdförhållandet, bland annat så kallat egenvårdarsystem kan användas. (Eriksson, 2014, 55-56).

Förtroende är en kvalitet som främjar ett tillitsfullt förhållande, vårdande främjar tillit utan beroende, vidarebefordrar sanning utan våldsamhet och skapar en relation av respekt. Förtroende är en kritisk egenskap av professionellt vårdande. (Roach, 1992, 62-63).

Förtroende är mycket viktigt i ett vårdförhållande, patienterna bör kunna lita på vårdpersonalen. Om patienten har förtroende för vårdpersonalen upplever patienten trygghet och kan lita på att personalen gör allt för att patienten ska må bra. Kontinuitet kan vara tryggt för patienter som befinner sig i ett akut tillstånd, samtidigt blir det lättare

för vårdpersonalen så att de vet vilken information patienten fått samt vilken information som ännu behöver ges åt patienten.

Sjukskötare bör vara väl införstådda med att ge klara och konsekventa råd i den akuta fasen, detta för att kunna förbättra patientens långsiktiga resultat. Klar kommunikation om diagnoser är nödvändigt, detta bör tas i beaktande vid kommunikation och informationsgivning. (Dullaghan m.fl., 2013).

Vårdprocessen innefattar patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vård och vårdhandling samt klargörande av samband mellan de olika faserna. (Eriksson, 2014, 25).

Vårdprocessens yttersta syfte är optimal hälsa, i varje skede ska aktiviteterna värderas mot den optimala hälsan. Processen fortgår tills optimal hälsa har uppnåtts. (Eriksson, 2014, 22). Professionellt vårdande kräver kunskap, omdöme, färdighet, energi och erfarenhet. Kompetens kräver kognitiv, emotionell, teknisk och administrativ kunskap. (Roach, 1992, 61).

Det är viktigt att sjukskötaren har en god kunskap över sjukdomen som patienten drabbats av samt vilken vård som ges. Vårdpersonalen bör kunna kommunicera med patienterna och de i sin tur bör ges möjlighet att fråga och diskutera om det som händer. Optimal hälsa kan relateras till att patientens resultat ska förbättras långsiktigt.

Patienter värdesätter stillhet, uppmuntran och humor av sjukskötare, för att reducera rädslor och uppehålla "normalitet" i miljön som råder. Patienten värdesätter tid och uppmärksamhet som sjukskötaren ger. (Johnson m.fl., 2008).

Medlidande definieras som ett sätt att vara medveten om ens relationer till allt levande, att ha en känslighet till smärta och trasighet hos den andra. En förmåga som tillåter att dela med och att göra rum åt den andra. Genom medlidande kan man dela glädje, sorg, smärta och prestationer. Medlidande involverar en enkel närvaro till varandra. (Roach, 1992, 58-59). Medlidande utan kompetens är inte mera än meningslöst, om än skadligt, inkräktande på människans liv eller hjälpen som människan behöver. (Roach, 1992, 61). Förtroende är den kvalitet som främjar ett tillitsfullt förhållande. Förtroende skapar en relation av respekt utan att framkalla ett svar utav rädsla eller maktlöshet. (Roach, 1992, 62-63).

Som sjukskötare bör man ta sig tid till varje patient, man bör kunna lyssna och kunna inge ett förtroendefullt intryck. På så vis kan kanske patienten bättre öppna sig och dela med sig av funderingar och tankar kring sjukdomen och vad det innebär. För att få ett långsiktigt gott resultat av behandlingen krävs att vårdaren försöker få patienten samt anhöriga att se allvaret i sjukdomen, detta för att det ska bli motiverande för patienten att skapa en livsstilsförändring för bästa möjliga resultat efter en hjärtinfarkt.

## 7.2 Relationen och behoven

Den första kontakten är väldigt viktigt, det sätt som sjukskötaren kan skoja lite på och skratta tillsammans med deras patienter. En sjukskötare ska vara glad, ett skratt betyder så mycket. Vården som ges kan uttryckas på många sätt, sättet de hjälper dem med deras dagliga hygien, sättet de pratar med dem på, hur de kan ge ett vänligt uppmuntrande eller en klapp på axeln, ansågs lika viktigt för patienterna som professionalitet och medicinsk vård. Sjukskötarna skapar en känsla av säkerhet för patienten genom deras lugna, effektiva sätt och deras flöde av information. (Sorlie m.fl. 2005). I studien som Kilonzo & O`Connell (2010) gjort konstaterades att patienterna var nöjda med sjukskötar-patient interaktionen, samt att det är viktigt att patienterna blir hörda och förstådda.

Medlidande definieras som ett sätt att vara medveten om ens relationer till allt levande, att ha en känslighet till smärta och trasighet hos den andra. En förmåga som tillåter att dela med och göra rum åt den andra. Genom medlidande delas glädje, sorg, smärta och prestationer. Medlidande involverar en enkel närvaro till varandra. (Roach, 1992, 58).

Som sjukskötare bör man tänka på att ge rum för patientens tankar och funderingar kring sjukdomen. Det sätt sjukskötaren förmedlar vården och informationen på är av stor betydelse för hur patienten upplever vården och bemötandet. Genom att sjukskötaren tar sig tid för patienten och de anhöriga kan de känna sig trygga i vården.

Sorlie m.fl. (2005) menade att patienterna var väl införstådda med att flera uppgifter måste göras som rutin och att det är hektiskt på en avdelning. Patienterna var bekymrade över hur pressen påverkade sjukskötarna. Patienterna uttryckte sårbarhet på många sätt,

det kunde handla om till exempel rädsla över vad som hände med dem eller osäkerhet angående diagnosen.

En sjukskötare ska respektera spirituella behov hos patienterna. Att få ha besök av familjemedlemmar och släktingar regelbundet var av värde, men inte det viktigaste. (Omar m.fl., 2013).

Åtagande är definierat som en sammansatt emotionell reaktion karakteriserat av överensstämmelse mellan ens önskan och ens skyldigheter, och genom ett övervägt val, agera i enlighet med dessa. Åtagandet ska inte bli en börda, istället ses som en uppgift, en person, ett val eller karriär. I varje ögonblick erfar vi olika grader av åtaganden och varierande grader av svårigheter till de val vi tror vi bör göra. Åtagandet är alltid en utmaning som vårdandet kräver. (Roach, 1992, 65).

Varje patient har rätt att uttrycka önsknings och behov. Sjukskötarna ska kunna bemöta patienten samt anhöriga och deras önsknings på ett respektfullt sätt. Patienterna samt anhöriga bör kunna känna att de kan lita på sjukskötarna och deras omdöme samt kunskap.

Höglund m.fl. (2009) har kommit fram till att om patienter får delta och vara involverade i vården kan det på så sätt öka patientens engagemang för återhämtningen och patienten kan känna sig trygg. Under den akuta fasen kanske det inte alla gånger är möjligt, men att involvera patienten genom att informera om vad som sker och hur behandlingen går till gör att patienterna kan sig trygga och får positiva effekter. Vårdpersonalen bör vara uppmärksam på om patienten vill vara delaktig eller inte.

I vårdprocessen utgår man från att patienten deltar aktivt. Både patienten och vårdaren planerar sina handlingar, som de sedan gör gemensamma beslut om. (Eriksson, 2014, 21).

Patienterna har rätt att få veta om deras hälsotillstånd, om olika vård- och behandlingsalternativ samt dess betydelse och om omständigheter som rör vården och behandlingen. Upplýsningar ska inte ges om patienten själv inte vill eller om det kan medföra allvarlig fara för patientens hälsa eller liv. Vård och behandling ska ges i samförstånd med patienten. (<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>).

Som sjukskötare bör man diskutera med patienten om det som sker, vad diagnosen innebär och hur behandlingen går till. Alla patienter är olika och man bör respektera om patienten vill vara delaktig eller inte.

I studien som Omar m.fl. (2013) gjort framkom att patienter ansåg att fysisk och teknisk kunskap var viktigare än andra aspekter. Sjukskötarna i sin tur ansåg att undervisning om omvårdnad var viktigare än andra omvårdnads handlingssätt på en hjärtövervakning. Med detta ansåg de att sjukskötarna behöver utveckla en effektiv omvårdnads plan för patienter med koronara hjärtsjukdomar utgående från patientens behov. Sjukskötarna bör utveckla procedurer och protokoll som fokuserar på omvårdnad och integrerar fysiska, emotionella, psykologiska och kognitiva aspekter av vård.

Inom all professionell service krävs en hög grad av kognitiv, emotionell, teknisk och administrativ kunskap, med specifik kunskap inom det specifika området. Professionellt vårdande kräver sådan kunskap. (Roach, 1992, 61).

Hängivenhet (åtagande) är essentiellt till vårdande, om hängivenheten bryts, bryts även vårdandet. I varje ögonblick erfar vi olika grader av åtaganden och varierande grader av svårigheter till de val vi tror vi bör göra. Åtagandet är alltid en utmaning som vårdandet kräver. (Roach, 1992, 65).

Under en PCI följs och monitoreras patientens vitala parametrar, inkluderande kardiovaskulära och respiratoriska funktioner och uppehållande av hemostas efter borttagning av kateter. Punktionsstället följs med täta kontroller under de första timmarna. Hjärtmonitorering är viktigt för att upptäcka eventuella arytmier. Blodtrycket mäts med en halvtimmes mellanrum i början och sedan med en timmes mellanrum. Andningsfrekvensen samt saturationen följs med. Fullständig sömning krävs de första timmarna. Under det första dygnet påbörjas rehabiliteringen. (Tough J, 2006).

En sjukskötare bör vara väl införstådd om vad som sker vid en hjärtinfarkt, sjukskötaren bör ha sådan kunskap så att hon kan förmedla viktig information till patienten. Man bör alltid se till att i mån av möjlighet tillgodose patientens behov och önsningar. Sjukskötaren bör ha kunskap om alla viktiga parametrar som ska följas med vid en hjärtinfarkt och efter en PCI.

## 8 Kritisk granskning

Inom all forskning är kvalitetsbedömning och kritisk granskning viktigt. Respondenten har valt att kritiskt granska sitt examensarbete utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier. Till det som ska tolkas har vi alltid en förförståelse, som ständigt förändras i processen. All forskning ska vara tillgänglig för en kritisk granskning. Inom förförståelsen avgränsas det som är relevant, hypoteser och tolkningar formuleras som i sin tur utgör en utgångspunkt för det som ska tolkas. (Starrin & Svensson, 1994, 165-166). En viktig del inom forskningen är att den skall uppvisa god etik, den ska vara av etiskt värde. Som forskare ska vi vara sanningsenliga. Inom vetenskapliga arbeten förutsätts att man inte fuskar med vad man själv uppfattar som sant, ett verkligt resultat ska redovisas. (Starrin & Svensson, 1994, 171-172).

Respondenten har försökt jämföra data och behandla materialet på ett korrekt sätt. Största delen av det insamlade materialet har varit på engelska, vilket gjort att det inte alltid varit så lätt att översätta på rätt sätt. Respondenten har inte undanhållit data eller hittat på egna resultat från det insamlade materialet.

Inom kvalitativa studier handlar det ofta om att nya innebörder uppstår. Kategorier som beskriver uppfattningar ska fånga det väsentliga. Inom hermeneutiken ska tolkningen framställas och integreras till en helhet. Tolkningen får en högre kvalitet om den fångar flera nyanser. Innebördesrikedomen är således av centralt värde. Det finns även krav på att resultaten ska ha en god struktur, resultaten ska inte vara suddiga. En bra struktur i en text kan innebära att tydligt markera vad som är huvudsak respektive bisak. Resultatet bör vara enkelt och ha en klar struktur. En röd tråd ska följas genom hela arbetet. (Starrin & Svensson, 1994, 172-175).

Inom hela examensarbetets gång har respondenten försökt få fram en röd tråd. Respondenten har försökt så gott det går att sammanställa det mest väsentliga från tidigare forskning och litteratur. Syftet och frågeställningarna är formulerade i början av arbetet och sedan har respondenten använt sig av kvalitativ innehållsanalys för att få fram ett resultat av tidigare litteratur och forskning.

När det gäller validitet kan man ställa sig frågan om det finns något att tillägga till resonemanget. Vad är giltig kunskap om något. Man kan fråga sig om påståenden och argument klarar sig vid en prövning mot andra påståenden och argument. (Starrin & Svensson, 1994, 178).

För att bedöma kvaliteten i en kvalitativ studie används ett heuristiskt värde. Den kvalitativa studien ska förmedla ett kunskapstillskott. Det som kännetecknar en lyckad analys är att ett nytt sätt att se på verkligheten uppstår. En kvalitativ analys kan förmedla en bild av verkligheten, som den som läsaren blir övertygad om. Resultatet ska kunna ge läsaren ett nytt sätt att se verkligheten på. Ett heuristiskt värde kan även bekräfta sådant som förekommit tidigare i studien. (Starrin & Svensson, 1994, 179-180).

Respondenten har genom arbetets gång fått ett nytt sätt att se på hur viktigt det är med en god vård, att vårdandet är så mycket mera än att ha kunskap om sjukdomar och behandlingar. Respondenten hoppas att de som tar del av detta arbete även får en ny syn på hur viktigt det är med god vård och tar till sig av det som skrivits.

## **9 Diskussion**

En hjärtinfarkt är ett allvarligt tillstånd som kräver omedelbar vård, om vård fås snabbt ökar chanserna att klara sig med livet i behåll. Vid en hjärtinfarkt skadas hjärtmuskelceller till följd av minskat blodflöde och syrebrist. Varje minut är avgörande för hur den som drabbas av hjärtinfarkt skall klara sig. En person som drabbas av instabil angina pectoris eller ST-höjningsinfarkt har störst risk att dö under det första dygnet.

Respondenten arbetar på hjärtövervakningen på Vasa Centralsjukhus där de som drabbats av hjärtinfarkt vårdas under det första dygnet tills läget stabiliserat sig. Därför valdes ämnet. Syftet med detta arbete var att undersöka hur patienter och anhöriga upplever bemötandet och vården vid hjärtinfarkt. Hur vi som vårdare ska bemöta patienterna och anhöriga på bästa sätt samt vad som upplevs viktigt för både patienterna och deras anhöriga.

Respondenten har använt sig av litteraturstudie där tidigare forskning och litteratur analyserats och beskrivits.



Genom innehållsanalys har respondenten gjort en resultatredovisning och delat upp resultatet i två huvudrubriker samt underrubriker. Huvudrubrikerna är informationsbehov och relationen mellan vårdare, patienter och anhöriga.

Under informationsbehovet framkom det att det är skillnader hur patienter upplever vården och bemötande. En del patienter uttryckte sig om ett större informationsbehov. Fokus på informationsgivning ska ges så att patienterna känner sig lugna och stödjade. Då det gäller anhöriga har man kommit fram till att väsentlig information åt anhöriga är ett behov som inte alltid är bemött. Genom att informera patienten i den akuta fasen, kan patienten känna att han är delaktig i vården.

En koronar hjärtsjukdom är ett långvarigt sjukdomstillstånd, därför är det viktigt att försöka få både patienter och deras anhöriga att förstå att sjukdomen är kronisk. Kvaliteten på informationen som fås under den akuta fasen är av viktig betydelse för både patienten och deras anhöriga. Nöjdheten angående informationen ansågs vara relaterat till kontinuitet av vården och tillgången till specialist sjukskötare.

Patienter kan utveckla känslor av osäkerhet utgående från sjukskötarens ord och handlingar. Klar kommunikation är nödvändigt eftersom patientens osäkerhet kan förändra deras uppfattning om risk och motivation för livsstilsförändring. Stillhet, uppmuntran och humor ansågs reducera rädslor och uppehålla "normalitet" i miljön som råder.

Under relationen mellan vårdare, patienter och anhöriga framkom det att den första kontakten var väldigt viktig. Vården som sjukskötaren ger sina patienter kan uttryckas på många sätt. Det är viktigt med en positiv attityd hos sjukskötarna. En sjukskötare kan skapa en känsla av säkerhet för patienten genom sitt lugna, effektiva sätt och deras flöde av information. Det är viktigt att patienterna blir hörda och förstådda.

Om patienten får vara delaktig i vården kan det öka patientens engagemang för återhämtningen. En sjukskötare behöver utveckla en effektiv omvårdnads plan för patienter med koronara hjärtsjukdomar utgående från patientens behov. Sjukskötarna bör utveckla procedurer och protokoll som fokuserar på omvårdnad och integrerar fysiska, emotionella, psykologiska och kognitiva aspekter.

Examensarbetet har gett respondenten en bättre inblick i hur den akut sjuka människans tankar går samt hur deras anhöriga upplever situationen. Ett viktigt bemötande och ett gott förhållningssätt gentemot patienten och deras anhöriga är av viktig betydelse för att skapa förtroende och tillit. Det som varit svårt under arbetets gång har varit att hitta bra artiklar inom det specifika området kring bemötande vid en hjärtinfarkt, men respondenten har valt att ta med några artiklar som inte enbart fokuserar på just hjärtinfarkt utan även andra akuta sjukdomar. En annan svårighet var att hitta forskningar nyare än 5 år inom det specifika ämnet, därför är några av artiklarna cirka 10 år gamla. Respondenten valde ändå att använda sig av dessa artiklar eftersom innehållet var det som söktes.

Respondenten anser att frågeställningarna fått ett nöjaktigt svar. Respondenten kan tillägga att som vidare utveckling kunde man göra en enkät undersökning på hjärtövervakningen på Vasa Centralsjukhus och se hur patienterna upplever vården och bemötandet där.

## Källförteckning

Astin, F, Closs, S, McLenachan, J, Hunter, S & Priestley, C. (2008). Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *Journal of Advanced Nursing*, 2008. 65(1), 72-83.

Dullaghan, L, Lusk, L, Donnelly, P, McGeough, M & Fitzsimons, D. (2013). Communicating with people who have experienced heart attack. *Emergency Nurse*, 21(6), 33-36.

Ericson, E & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Finlex

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Författarna och Studentlitteratur AB.

Henricsson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod*. Poland: Studentlitteratur AB.

Hjärt- lungfonden

<https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Riskfaktorer-hjartinfarkt/>

Höglund, A, Winblad, U, Arnetz, B & Arnetz, J.(2009). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010. (24), 482-489.

Johnson, M, Goodrace, S, Tod, A & Read, S. (2008). Patients` opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. *Journal of Advanced Nursing*, 2009. 65(1), 120-129.

Kilonzo, B & O'Connell, R. (2010). Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 20, 1160-1167.

McLean, S & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 2007. 12(3), 141-150.

Omari, F, AbuAlRub, R & Ayasreh, I. (2013). Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 2013. 22, 3183-3191.

Roach, S. (1995). *The Human Act of Caring. A Blueprint for the Health Professions*. Canada: by Sister M. Simone Roach.

Rolley, J, Smith, J, DiGiacomo, M, Salomonson, Y & Davidson, P. (2009). The caregiving role following percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. 20, 227-235.

Shoulders-Odom, B. (2008). Management of Patients After Percutaneous Coronary Interventions. *Critical Care Nurse*, 2008. 28(5), 26-42.

Sorlie, V, Torjuul, K, Ross, A & Kihlgren, M. (2005). Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 2006. 15, 1240-1246.

Starrin, B & Svensson, P-G. (1998). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Terveyskirjasto

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086)

Terveysportti

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01401&p\\_haku=sydäninfarkti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01401&p_haku=sydäninfarkti)

Tough, J. (2006). Primary percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction. *Nursing Standard*, 2006. 21(2), 47-56.

Vasa Centralsjukhus hemsida

[http://intra1.vsvd.local/sv/vart-sjukhus/serviceomradet-for-](http://intra1.vsvd.local/sv/vart-sjukhus/serviceomradet-for-akutvard/hjartstation/hjartstations_vardanvisningar/stemi-patient-raku-hautamaki/)

[akutvard/hjartstation/hjartstations\\_vardanvisningar/stemi-patient-raku-hautamaki/](http://intra1.vsvd.local/sv/vart-sjukhus/serviceomradet-for-akutvard/hjartstation/hjartstations_vardanvisningar/stemi-patient-raku-hautamaki/)

[https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for\\_patienter/sjukhusguiden/sjalvbestammande/anhorigas-rattigheter/](https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/sjukhusguiden/sjalvbestammande/anhorigas-rattigheter/)

## Resuméartikel

Författare och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley 2008	Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality?	Att undersöka patienters erfarenheter av primär angioplastik och bedöma deras sjukdoms uppfattning under den tidiga återhämtningen.	Forskning med blandade metoder. 29 patienter deltog genom semi-strukturerade intervjuer samt användande av ett frågeformulär.	Patienterna var mycket nöjda med deras behandling men upplevde emotionell chock, vilket förvärrades av farten som allt skedde på. De hade en tendens att se sin sjukdom som akut istället för kronisk.
Dullaghan, Lusk, Donnelly, McGeough & Fitzsimons 2013	Communicating with people who have experienced heart attack	Att jämföra patienters uppfattning av olika behandlingar för hjärtinfarkt och relatera dessa till tillhörande resultat.	Forskning med blandade metoder, en kombination av klinisk utvärdering, standardiserade frågeformulär samt semi-strukturerade intervjuer. Med ett antal av totalt 104 patienter.	Patienter som hade NON-STEMI och de patienter som hade osäker diagnos anser deras tillstånd som mindre allvarligt än de som hade STEMI och krävde omedelbar behandling.
Höglund, Winblad, Arnetz B & Arnetz J 2010	Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel	Att utforska och förklara patienters och personals uppfattning om patientens delaktighet i vårdprocessen och beslutstagandet under sjukhusvistelsen på grund av hjärtinfarkt.	En deskriptiv kvalitativ design. Fem tema fokus grups intervjuer användes, två grupper med patienter och tre med personal.	Fem teman framgår från intervjuerna, meningen med patient delaktighet, positiva utfall, svåra situationer, hinder samt underlättande faktorer.
Johnson, Goodacre, Tod & Read 2008	Patients' opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units	Att utforska erfarenheter av individer som mottagit vård vid Chest Pain Unit och rutiner på akutvårdsmottagning vid vård av akut bröstsmärta.	26 semi-strukturerade intervjuer med patienter.	Nöjdheten med vården var hög. Interaktioner med vårdpersonal, speciellt med specialist sjukskötare, var värderat som en tröst, hade en lugnande effekt och kompetens. Indikationer för vård förbättring ansågs gälla informations givning angående undersökningar, diagnoser och självvårds anvisningar.
Kilonzo & O'Connell 2010	Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary	Att utvärdera inlärningsbehov av patienter efter en perkutan koronar angiografi med ett	Själv-rapport data försedd av patienter genom användning av adaptation av en skala. Vårdpersonal	Sjukdomsspecifika, fysiska åtgärder, psykosocial och emotionell information var

	intervention(PCI): perspectives of both patients and nurses	perspektiv både från patienter och hjärt sjukskötare.	blev försedda med frågeformulär.	kategorier som patienter ansåg som viktigaste. Sjukskötarna ansåg att fysiska åtgärder var minst viktigt och fokuserade mera på psykosocial och emotionella problem. Individuella punkter avslöjade att patienter uppskattade deras interaktioner med sjukskötarna.
McLean & Timmins 2007	An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology	Att utforska makars/partners erfarenhet av information de fått och ansetts nödvändig under perioden som partnern varit på sjukhus för vård av hjärtinfarkt.	Kvalitativ deskriptiv studie med fokusgrupp tekniker, 15 personer blev intervjuade.	Makar/partners känner sig ofta isolerade från informationsprocessen. De blev lämnade misstänksamma ifall deras partner visste mera än de själva.
Omari, AbuAlRub & Ayasreh 2013	Perceptions of patients and nurse towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan	Att identifiera patienters uppfattning om vårdförhållande på en kritisk avdelning, att identifiera sjukskötarens uppfattning kring vårdförhållandet samt jämföra dessa med varandra.	Deskriptiv komparativ studie. 150 patienter samt 60 sjukskötare deltog.	Patienter på en kritisk avdelning upplevde fysiskt och tekniskt kunnande som mest viktigt, sjukskötarna upplevde lärande som mest viktigt.
Rolley, Smith, DiGiacomo, Salomonson & Davidson 2009	The caregiving role following percutaneous coronary intervention	Att beskriva vårdgivares erfarenhet av individer som genomgått PCI.	Tvärsnitts dubbel måttlig fokus grupp design. Tre fokusgrupper.	Att det vore viktigt att inkludera patientens vårdare i olika beslut och undervisning där partnern ses som en vårdare tillsammans med sjukskötaren. Behov av PCI specifikt stöd efter utskrivning.
Shoulders-Odom 2008	Management of Patients After Percutaneous Coronary Interventions	Uppdaterade riktlinjer. Recension av olika processer inom PCI.	Recension.	Skötsel av patienter under och efter PCI, komplikationer, patienters undervisning och resultat.

Sorlie, Torjuul, Ross & Kihlgren 2005	Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives	Att belysa patienters erfarenhet av att bli	Tio patienter blev intervjuade som en del av en	Patienterna var mycket nöjda med vården och
---------------------------------------	--	---	---	---

	from an acute care ward	vårdad på en akut avdelning.	omfattande undersökning. En fenomenologisk hermeneutisk metod genomfördes.	behandlingen. De berättade även om faktorer som de anser vara optimala.
Tough 2006	Primary percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction	Att ge en översikt över utvecklingen inom behandlingen av akut ST-höjnings infarkt i relation till PCI.	Resumé av tidigare forskningar.	Att vårdarna ska kunna beskriva proceduren av PCI och dess effektivitet. Att demonstrera kunskap som behövs för att vårda patienter som genomgått PCI.