

Opgaveløser: Paarnaq J. Heilmann
Cpr. Nr.: [REDACTED]
Opgavetype: Bachelorprojekt
Semester: 8. Semester
Hold: Hold 2015
Måned og år: Juni 2019
Vejleder: Anna Kleist Egede
Anslag: 67.648
ECTS: 20

Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen?



Denne opgave er udarbejdet af en studerende ved Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/Institut for sygepleje-og sundhedsvidenskab. Opgaven er udtryk for den studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

Kopiering eller anden gengivelse af opgaven eller dele af den, er kun tilladt med forfatterens tilladelse.

Underskrift:

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik
Manutooq 1, 3905 Nuussuaq.

Resumé

Baggrund: Projektets formål er, at undersøge hvordan sygeplejersken kan støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen. Hjertekarsygdomme er årsag til mange kontakter i sundhedsvæsenet. At få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom kan betragtes som et uventet livsomstændighed og hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom rammes ofte af krise og meningsløshed.

Problemformulering: Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen?

Metode: Projektet har hermeneutisk tilgang og tager udgangspunkt i kandidatspecialet *Grønlandske patienters informationsbehov - en kvalitativ undersøgelse* af sygeplejerske Anna Kleist Egede og forskningsartiklen *It is not just a Minor Thing - a phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation*. Disse empiri analyseres vha. Merry Scheels interaktionelle sygeplejepsis, Johan Cullbergs teori om krisens forløb og symptomer samt Aaron Antonovskys teori om Oplevelse Af Sammenhæng.

Resultater: Analysen er delt op i tre emner: Interaktionel sygeplejepsis, Krisens forløb og symptomer samt OAS.

Konklusion: Sygeplejersken må være bevidst om sin magtposition ift. hjertepatienten og udøve magt med hensyntagen til hjertepatienten. Sygeplejersken kan gennem dialog og diskurs inddrage livsverdenen i systemverdenen og opnå gensidig forståelse for hjertepatientens behov for, at kunne håndtere sine krisereaktioner. Sygeplejersken må støtte hjertepatienten i, at verbalisere sine følelser og oplevelser, indtage rollen som ”container”, der kan rumme hjertepatientens følelser og oplevelser, for det kan have en aflastende effekt for hjertepatienten. Desuden kan stærkere OAS kan give hjertepatienten bedre evne til at håndtere krisereaktioner.

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	4
1.1 Baggrundsviden	5
1.1.1 Problemets relevans for samfundet og sygeplejen	5
1.1.2 Organisatorisk perspektiv	6
1.1.3 Sygeplejersperspektivet	7
1.1.4 Patientperspektivet	8
1.2 Problemafgrænsning	9
1.3 Problemformulering	10
1.4 Begrebsafklaring	10
1.4.1 Kronisk sygdom	10
1.4.2 Iskæmisk hjertesygdom	10
1.4.3 Håndtere	10
1.4.4 Krise	10
1.4.5 Oplevelse af sammenhæng	11
2 Metodeafsnit	11
2.1 Opgavens videre opbygning	11
2.2 Litteratursøgning	12
2.2.1 Bloksøgning	12
2.2.2 Inklusions- og eksklusionskriterier	12
2.2.3 Søgeprofil	13
2.2 Empiri	15
2.3 Ethiske overvejelser	16
2.4 Videnskabsteoretisk tilgang	16
3 Teoriafsnit	18
3.1 Interaktionel sygeplejepraksis	18
3.2 Støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktioner	19
3.3 OAS	19
4 Analyseafsnit	20
4.1 Interaktionel sygeplejepraksis	20
4.1.1 Delkonklusion	23
4.2 Krisens forløb og symptomer	24
4.2.1 Delkonklusion	26
4.3 OAS	27
4.3.1 Delkonklusion	30

5 Diskussion	30
6 Konklusion	33
6.1 Konklusionens konsekvenser for sygepleje- og sundhedsfaglig virksomhed	34
7 Perspektivering	35
8 Referencer	37
8.1 Obligatorisk litteratur	37
8.2 Supplerende litteratur	39
9 Bilagsfortegnelse	44

1 Indledning

Hvert år rammes 55.400 danskere af en hjertekarsygdom og derfor er hjertekarsygdomme årsag til mange kontakter i sundhedsvæsenet (hjertereforeningen.dk, Schrader 2013, s. 484). I Grønland er der ikke tal på, hvor mange der rammes af hjertekarsygdomme årligt, men det er blandt de hyppigste dødsårsager og det tyder på, at hjertekarsygdomme bliver det 21. århundredes store folkesundhedsproblem i Grønland (Bjerregaard (red.) 2006, s. 50; Bjerregaard m.fl. 2016, s. 71). At få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom kan betragtes som et uventet livsomstændighed og hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom rammes ofte af krise og meningsløshed (Madsen; Nielsen 2011, s. 61, hjertebogen 2015, s. 14).

Efter mit kliniske ophold på Intermediær Monitorerings Afsnit (herefter IMA) på Dronning Ingrid's Hospital (herefter DIH), hvor der bl.a. modtages hjertepatienter, er det min opfattelse, at der bliver lagt mest vægt på de grundlæggende fysiske behov samt medicingivning og symptomlindring i mødet med de indlagte hjertepatienter. Min undring beror på, at der derimod var så beskedent fokus på psykisk støtte til håndtering af krisereaktioner samt deres ”oplevelse af sammenhæng”. Ifølge Aaron Antonovsky, som var professor i medicinsk sociologi, kan stærkere oplevelse af sammenhæng give patienter bedre evne til, at mestre deres situation (Antonovsky 2000, s. 151-152). Oplevelse af sammenhæng (herefter OAS) defineres som:

“...en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har har gennemgående, blivende men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.” (ibid., s. 37).

Efter min samtale med en sygeplejerske fra IMA, der bekræftede min observation og undring, tilkendegiver hun, at sygeplejerskerne på afsnittet ofte negligerer fokus på støtte til håndtering af krisereaktioner hos hjertepatienterne og deres OAS pga. travlhed i afdelingen.

Ubearbejdede krisereaktioner kan føre til langvarig depression hos patienterne (Cullberg 2006, s. 154) og er desuden forbundet med flere genindlæggelser samt øget morbiditet (Sundhedsstyrelsen 2016, s. 266, 269, 272, Madsen; Nielsen 2011, s. 67). Derfor er det

interessant at undersøge, hvordan sygeplejersken kan støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom (herefter hjertepatient) i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen.

1.1 Baggrundsviden

I dette afsnit præsenteres problemets relevans for samfundet og sygeplejen, organisatorisk perspektiv, sygeplejeperspektiv samt patientperspektivet af at have kronisk iskæmisk hjertesygdom. Problemstillingerne i Grønland sammenlignes med Danmark, idet Grønland hører ind under Danmark (stm.dk - statsministeriet) og sundhedsvæsenet i Grønland er udviklet i overensstemmelse med den danske model (Aagaard 2015, s. 9). Desuden overflyttes relativt mange hjertepatienter til Danmark (Egede 2018, s. 6) og omvendt er der danske hjertepatienter i Grønland.

1.1.1 Problemets relevans for samfundet og sygeplejen

Hjertekarsygdomme er et globalt problem. Hvert år dør der 17,9 millioner mennesker af hjertekarsygdomme. Det svarer til 31% af alle globale dødsfald (WHO.int).

I Danmark er hjertekarsygdomme den næst hyppigste dødsårsag. Faktuelt lider 159.000 mennesker af iskæmisk hjertesygdom i Danmark og prævalensen er stigende (hjerteforeningen.dk, Madsen; Nielsen 2011, s. 55). Ca. 23% af udskrevne hjertepatienter genindlægges inden for 30 dage efter de har været indlagt pga. hjertekarsygdomme (hjerteforeningen.dk).

I Grønland har der ifølge tabellen fra EPJ (Elektronisk Patient Journal) kontoret, i år 2018 været i alt 549 indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb over hele Grønland (bilag 1). Desuden overflyttes der hvert år 500-600 hjertepatienter til Rigshospitalet i Danmark (Egede 2018, s. 6). Middellevetiden i Grønland stiger og det medfører også stigning i hyppigheden af hjertekarsygdomme (Bjerregaard m.fl. 2018, s. 38). Denne stigning i hyppigheden af hjertekarsygdomme medfører også en stigning i efterspørgslen af

sundhedsydelse (Sundhedsstrategien 2014, s. 19), hvorfor det er interessant, at vide hvilke sundhedsydelse, der findes til hjertepatienter i Grønland.

1.1.2 Organisatorisk perspektiv

I kataloget over sundhedsfaglige ydelser fremgår det, at grønlandske patienter med bopæl i Grønland har ret til sygepleje i sundhedsvæsenets institutioner i den udstrækning forholdene tillader det (Katalog 2015, s. 1). DIH er organisatorisk opdelt i 4 områder: medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk og akutområdet (Sundhedsstrategien 2014, s. 13). IMA, som er et monitoreringsafsnit, hører ind under akutområdet. Her modtages bl.a. hjertepatienter der skal monitoreres tæt indtil der er lagt en plan for overflyttelse, viderebehandling eller udskrivelse (D4 (bilag 3), gjob.dk). DIH, der fungerer som landshospital i Grønland, modtager alle hjertepatienter fra kysten med henblik på udredning, opfølgning og evt. viderebehandling (bilag 2, bilag 3).

Der findes ingen hjerteafdelinger eller hjerterehabiliteringscentre i Grønland (peqkik.gl, Sundhedsstrategien 2014, s. 13, Departement for sundhed 2016). Naalakkersuisut anbefaler ikke, at der etableres et rådgivnings- og rehabiliteringscenter, hvor patienter med livstruende sygdomme herunder hjertekarsygdomme, kan få bl.a. psykolog hjælp og rådgivning og støtte til håndtering af krisereaktioner (Departement for Sundhed 2016, s. 4,8). I Danmark findes der hjerteafdelinger samt *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*, der bl.a. anbefaler, at der tilbydes psykosocial indsats til formål at støtte patienten i, at håndtere krisereaktioner (Sundhedsstyrelsen 2018, s. 33).

Endvidere er det grønlandske sundhedsvæsen afhængig af udefrakommende arbejdskraft, da det er svært at rekruttere arbejdskraft nok i sundhedsvæsenet og der ligeledes er udfordringer i fastholdelse af personalet, derfor er mange udefrakommende korttidsansatte (Sundhedsreformen 2010, s. 4). Størstedelen af korttidsansatte taler ikke grønlandsk, mens mange hjertepatienter fra kysten kun taler grønlandsk. Kommunikationen foregår ofte med en tolk, som har en kort tolkeuddannelse og som ikke har indsigt i sundhedspraksis udover det, de erhverver sig i udførelsen af tolkning (Aagaard 2015, s. 76). Det kan medføre misforståelser, utilstrækkelig forståelse af diagnoser og behandling samt utilfredshed med

sygeplejen (Divi m.fl. 2007, s. 60). Informationens betydning for patienterne forklares nærmere i næste afsnit.

Ovenstående problemstillinger kan påvirke kvaliteten af plejen samt den støtte hjertepatienter får, til at håndtere krisereaktioner i det grønlandske sundhedsvæsen (Deloitte 2010, s. 21).

I næste afsnit argumenteres problemstillingens relevans for sygeplejen samt hvilke problemstillinger sygeplejersker oplever i relation til sygeplejen til hjertepatienter.

1.1.3 Sygeplejerspektivet

Sygeplejerskens virksomhedsområde i forhold til patienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom er bl.a., *at udføre* sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, rehabiliterende og lindrende sygeplejehandlinger til hjertepatienter (Olesen 2013, s. 55) herunder, at yde støtte til håndtering af krisereaktioner, da det at blive hjertesyg ofte medfører krise (Cullberg 2006, s. 154, Fleury; Moore 1999, s. 74). Desuden er sygeplejedisciplinens genstandsområde i den interaktionelle sygeplejepraksis ifølge Merry Scheel: *mennesket i relation til sundhed, sygdom, miljø og samfund set i forhold til sygeplejefaglige problemstillinger i praksis* (Scheel 2015, s. 128, 103), herunder at yde støtte til håndtering af krisereaktioner. Ligeledes er en af sygeplejerskens opgaver, ifølge Antonovsky, at fremme hjertepatientens OAS gennem sine handlinger (Dieperink 2013, s. 306) med henblik på, at patienten opnår bedre evne til at mestre sin situation (Antonovsky 2000, s. 151-152).

Problemstillingerne i sygeplejerspektivet er, at sygeplejersker i Grønland har mange funktioner og opgaver, som ikke kun indebærer den traditionelle kliniske sygepleje (Hounsgaard m.fl. 2014, s. 72) og derfor opleves der travlhed og vagtbyrde hos sygeplejerskerne i Grønland (Møller 2014, s. 56). Det kan påvirke sygeplejerskernes fokus i støtte til håndtering af krisereaktioner, som ofte negligeres.

I nedenstående afsnit præsenteres patientperspektivet, for at belyse hvad patienterne oplever i forbindelse med indlæggelsen og diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom.

1.1.4 Patientperspektivet

Hjertepatienternes oplevelser i forbindelse med indlæggelsen samt i diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom er nødvendige at inddrage i sygeplejen, for at sygeplejen kan blive målrettet og fokuseret (Hundborg 2013, s. 692).

At få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom er som nævnt en uventet livsomstændighed (Madsen; Nielsen 2011, s. 61). Hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom stilles i en uvant situation, som medfører tab af funktioner og tilværelse som de kendte (Stokkebæk 2002, s. 180). At kunne bevæge sig omkring og bruge kroppen til hverdagens gøremål er et grundlæggende behov (Henderson 2009, s. 22). Hjertepatienter bekymrer sig, om de kan gøre de huslige pligter, deres daglige aktiviteter samt om de kan passe deres job (Simoný m.fl. 2017). Aktiviteter, der før var spontane og naturlige kræver overvejelse, når man har en kronisk iskæmisk hjertesygdom (Darmer 2001, s. 8).

Vrede eller fjendtlig fremtoning kan fremkomme hos hjertepatienter. Vrede hænger sammen med hjertepatientens frustration og følelse af uretfærdighed over, at have fået en kronisk og livstruende sygdom samt nedsat funktionsniveau (Stokkebæk 2002, s. 186).

Hjertepatienterne oplever endvidere ændret social status (Jespersen 2000, s. 32), fordi de har svært ved at fastholde deres sociale kontakter pga. trætheden og deres nedsatte funktionsniveau (Simoný m.fl. 2017, s. 236). De holder sig fra sociale arrangementer, fordi de er bange for, at de ikke kommer hjem igen, hvis de går ud (ibid.). De sociale kontakter såsom pårørende betragtes som en ressource for patienten og bør inddrages i den hjertesygges patientforløb (Madsen; Nielsen 2011, s. 62). Som det fremgår i ovenstående afsnit overflyttes mange patienter til fra kysten til DIH eller til Rigshospitalet. Det betyder derfor, at hjertepatienterne må ofte undvære deres nærmeste pårørende, hvor de måske mest har brug for dem (Aagaard 2015, s. 76).

Desuden er hjertepatienters viden om deres sygdom, behandling og håndtering ofte meget begrænset, hvilket kan medføre at patienten også begrænses yderligere i sin hverdag både fysisk og psykisk (Rosenstrøm; Foghmar; Jønsson 2014, s. 66, Egede 2018, s. 28).

Information betragtes som en forudsætning for, at hjertepatienten kan deltage aktivt i sin

rehabilitering og det formodes, at kvaliteten af information til hjertepatienterne varierer meget (Jespersen 2000, s. 33), idet hjertepatienter ofte mangler forståelse af årsagen til indlæggelsen. Det skaber forvirring, usikkerhed og bekymring over situationen samt en følelse af, at tabe kontrollen over sit liv (Egede 2018, s. 40,43).

Ovenstående problemstillinger og truslen mod livet medfører ofte krise hos hjertepatienterne og de har ofte svært ved at håndtere situationen (Madsen; Nielsen 2011, s. 61, hjertebogen 2015, s. 14). Angsten i situationen kan medføre, at patienten tager forsvarsmekanismer i brug, som kan hindre et produktivt krisearbejde (Hummelvoll 2012, s. 640). Det kan føre til langvarig depression (Cullberg 2006, s. 154). Dårlig mental sundhed, herunder langvarig depression og krise er forbundet med flere genindlæggelser og øget morbiditet (Sundhedsstyrelsen 2016, s. 266, 269, 272, Madsen; Nielsen 2011, s. 67). På baggrund af dette bør sygeplejersker være opmærksomme på krisereaktionerne hos hjertepatienterne (Simonÿ m.fl., 2017).

1.2 Problemafgrænsning

Ifølge ovenstående afsnit tyder det på hjertekarsygdomme bliver det 21. århundredes store folkesundhedsproblem. Hjertekarsygdomme er desuden årsag til mange henvendelser i sundhedsvæsenet. Patientperspektivet belyser, at hjertepatienterne med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom ofte går igennem en krise og har svært ved at håndtere krisereaktionerne samt, at de ofte mangler forståelse for årsagen til indlæggelsen. Det kan have betydning i form af flere indlæggelser og øget morbiditet.

Et af sygeplejerskens virksomhedsområder er, at udføre sundhedsfremmende sygeplejehandlinger til hjertepatienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom, herunder at yde støtte til håndtering af krisereaktioner. Derfor ønsker jeg, at støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktioner og fremme patientens OAS. Jeg er derfor kommet frem til følgende problemformulering.

1.3 Problemformulering

Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen?

1.4 Begrebsafklaring

I dette afsnit forklares de begreber, der er brugt i problemformuleringen.

1.4.1 Kronisk sygdom

At være kronisk syg betyder at sygdommen er vedvarende, dvs. at det ikke går over, har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende (Pedersen; Hounsgaard 2013, s. 556, 557).

1.4.2 Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom defineres som nedsat blodtilførsel til hjertet. Det skyldes forsnævring i hjertets blodårer, oftest i kranspulsårerne (hjerteforeningen.dk 1).

1.4.3 Håndtere

Ifølge Antonovsky forklares håndterbarhed som *“...den udstrækning, i hvilken man opfatter, at der står ressourcer til ens rådighed, der er tilstrækkelige til at klare de krav, man bliver stillet over for af det stimuli, man bombarderes med.”* (Antonovsky 2000, s. 35-36). At støtte patienten i, at håndtere krisereaktioner betyder derfor, at stå til rådighed for hjertepatienten som en ressource og støtte hjertepatienten til at klare de stimuli han bombarderes med.

1.4.4 Krise

Begrebet krise anvendes i dette projekt i forbindelse med de psykiske reaktioner på indlæggelsen og at få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom, som patienten umiddelbart

ikke kan håndtere (Stokkebæk 2002, s. 16). Ifølge Cullbergs kriseteori er der fire faser af krisens forløb: chokfasen, reaktionsfasen, bearbejdningsfasen samt nyorienteringsfasen (Cullberg 2006, s. 138).

1.4.5 Oplevelse af sammenhæng

Antonovskys definition af OAS fremgår i indledningen (jf. afsnit 1 på side 4).

2 Metodeafsnit

I dette afsnit redegøres opgavens videre opbygning, litteratursøgning, valg af empiri, etiske overvejelser samt videnskabsteoretisk tilgang.

2.1 Opgavens videre opbygning

I det første afsnit af opgaven er der beskrevet problemstillinger i forhold til hjertesygge ud fra samfundsperspektiv, organisatorisk perspektiv, sygeplejersperspektiv og patientperspektiv samt argumenteret problemafgrænsning og udarbejdet en problemformulering.

I det andet afsnit redegøres litteratursøgning, hvor der kommer en forklaring af bloksøgning, inklusions- og eksklusionskriterier samt søgeprofil. Derefter præsenteres valg og begrundelse af empiri, etiske overvejelser samt videnskabsteoretisk tilgang til dette projekt.

I tredje afsnit kommer teoriafsnittet, hvor de udvalgte teoretikere og teorier præsenteres og begrundes, hvorefter der i fjerde afsnit analyseres empiri med udvalgte teorier ift. problemformuleringen.

Efter analysen kommer der diskussion af analysefundene, konklusion samt perspektivering.

2.2 Litteratursøgning

Dette projekt er en litteraturstudie af relevante bøger og forskningsartikler. I dette afsnit redegøres den søgestrategi, der er anvendt i forhold til litteratursøgning. De anvendte kilder har nødvendigvis ikke de samme kulturelle grundlag som grønlandske kilder og der kan være etniske forskelle i, hvordan sygdom og symptomer udtrykkes (Nielsen 2013, s. 156), men man bør også være forsigtig med at generalisere sygdomsforklaringer i forhold til kultur og etnicitet (ibid.). Derfor ses der bort fra de kulturelle grundlag, men også fordi disse ikke er projektets fokusområder.

2.2.1 Bloksøgning

Bloksøgning er anvendt i søgning på Cinahl. Bloksøgning er den bedste søgestrategi indenfor databasesøgning og fordelen ved at anvende bloksøgning er, at det er nemt at gøre rede for bagefter. Til at kombinere søgeordene er der anvendt booleske operatører som typisk er "AND" og "OR". "AND" giver fællesmængden af to søgninger og "OR" giver foreningsmængden af søgningerne, dvs. alle de referencer, to søgninger indeholder tilsammen (Buus m.fl. 2008). Udover bloksøgning er der anvendt kædesøgning og tilfældig søgning med udgangspunkt i referencer og bøger samt søgning af relevante bøger i universitetets bibliotek.

2.2.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

I dette afsnit præsenteres inklusions- og eksklusionskriterier i søgning på litteratur i databaserne.

Inklusionskriterier

- Kvalitative undersøgelser
- Sygeplejefaglige artikler
- Artikler på dansk og engelsk.

Eksklusionskriterier

- Artikler omhandlende livsstilsændringer og kostråd
- Artikler om psykosociale faktorer som risikoindikatorer til iskæmisk hjertesygdom
- Artikler omhandlende at have kæledyr
- Kvantitative artikler
- Vold
- Ægtefællers mestring
- Alzheimers
- Diabetes
- Ødemer
- Tandlægebesøg
- Pancreatitis
- Naturkatastrofer
- Metabolisk syndrom

2.2.3 Søgeprofil

Jeg har søgt efter relevant litteratur, der kan underbygge problemstillingen om kronisk iskæmisk hjertesygdom og krisereaktioner fra forskellige perspektiver. I dette afsnit beskrives den systematiske søgning i databaserne. Skema af hele søgeprocessen kan ses under bilag 4.

Jeg har søgt forskningsartikler på Cinahl, fordi Cinahl anses som den vigtigste database for sygeplejersker (Buus m.fl. 2008). Jeg har anvendt bloksøgning med disse søgeord: Ischemic heart disease, Acute myocardial infarction, Acute myocardial infarcts, AMI, Angina pectoris, Psychosocial support, Emotional support, Psychosocial factors, Psychosocial impacts, Psychosocial effects, rehabilitation, crisis, crisis theory og crisis intervention. Hvordan disse søgeord er sammensat kan ses under bilag 5 og bilag 6.

I den første søgning (bilag 5) kom der 115 resultater. Jeg har ekskluderet artikler, der handler om livsstilsændringer, kostråd samt at have kæledyr, fordi disse ikke er projektets fokus. Jeg læste abstracts og fandt forskningsartiklen *It is not just a Minor Thing - a phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and*

Participating in Cardiac Rehabilitation fra Danmark, som jeg har valgt som empiri. Denne artikel blev også brugt i baggrundsafsnittet, fordi den indeholder patientperspektivet af, at blive indlagt og diagnosticeret med kronisk iskæmisk hjertesygdom. Den er relevant i sygeplejen til hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom.

I den anden søgning kom der 52 resultater, hvor jeg ekskluderede artikler, der handler om vold, ægtefællers mestring, alzheimer, diabetes, ødemer, tandlægebesøg, pancreatitis, naturkatastrofer samt metabolisk syndrom. Jeg fandt forskningsartiklen *Family centered care after acute myocardial infarction*, som indeholder patienternes (og pårørendes) oplevelser i forbindelse med, at blive indlagt med blodprop i hjertet. Artiklen er relevant i sygeplejen til hjertepatienter, der har fået blodprop i hjertet.

Jeg har endvidere søgt på relevante artikler på dsr.dk med søgeordene: “blodprop i hjertet”, “sygepleje til hjertepatienter”, “iskæmisk hjertesygdom” samt “det grønlandske sundhedsvæsen”, hvor jeg fandt artiklerne *Information til patienter med blodprop i hjertet*, *Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren* samt *Kendetegn ved sygeplejepsiksis i mindre byer og bygder i Grønland*.

Ydermere har jeg foretaget kædesøgning ud fra referencer, pensum, artiklerne, referencer i kandidatspecialet *Grønlandske hjertepatienters informationsbehov - en kvalitativ undersøgelse* af sygeplejerske Anna Kleist Egede samt referencer i gamle opgaver, som jeg har skrevet, hvor jeg bl.a. fandt artiklen *Henover kløften mellem opgavecentreret og personcentreret sygepleje* samt *Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study*. Den er relevant i forhold til kommunikationen med patienter gennem tolk og patienters manglende forståelse for årsagen til indlæggelsen. I søgning af denne har der været brugt disse søgeord: patients, Inuit, ethnic patients, language barrier, barriers of communication, intercultural nursing, patient safety, misinformation og unintended events. Søgningen er foretaget 6/10-17.

Derudover har jeg foretaget manuel søgning på relevante hjemmesider som: stat.gl, nun.gl, landspatientregisteret, peqqik.gl, uni biblioteket, google.dk, si-folkesundhed.dk, hjerteforeningen.dk, sst.dk, who.int samt været i kontakt med EPJ kontoret via mail.

Sundhedsreformen, sundhedsstrategien, redegørelser og ydelseskataloget er fundet under peqqik.gl's publikationer.

2.2 Empiri

I dette afsnit præsenteres de valgte empiri, som vil blive brugt til udarbejdelsen af problemformuleringen.

Den første valgte empiri er kandidatspecialet af sygeplejerske Anna Kleist Egede: *Grønlandske patienters informationsbehov - en kvalitativ undersøgelse*, dette speciale er ikke-publiceret. Specialet er en kvalitativ interviewundersøgelse af grønlandske hjertepatienter, der overflyttes til Rigshospitalet og har relevans for sygeplejen til hjertepatienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom, fordi det er nødvendigt at inddrage patientperspektivet for at gøre sygeplejen målrettet og fokuseret. Dette speciale belyser, at det er en aktuel problemstilling, at hjertepatienter ofte oplever deres patientforløb som forvirrende og meningsløs.

Den anden valgte empiri er forskningsartiklen *It is not just a Minor Thing - a phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation*, som er en kvalitativ fænomenologisk-hermeneutisk interviewundersøgelse af hjertepatienters oplevelser af, at få diagnosen ustabil angina pectoris¹ eller NSTEMI². Denne forskningsartikel indeholder patientperspektivet af, at blive indlagt og få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom. Artiklen er relevant for sygeplejen til hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom. Alle fire forfattere af denne artikel har PhD grad og artiklen er peer-reviewed (forskningsdatabasen.dk), det vil sige, at fagfolk inden for emnet har gennemgået artiklen nøje og godkendt dens faglige kvalitet (Rienecker; Jørgensen 2012, s. 175). Kvalitetsvurdering af artiklen kan ses under bilag 7.

¹ Hjertekrampe, der skyldes mangel på ilt og næringsstoffer til hjertets muskulatur. UAP kan være forløber for en blodprop i hjertet (sundhed.dk 1).

² Blodprop i hjerte, men hvor EKG viser ingen ændringer (sundhed.dk 2).

2.3 Ethiske overvejelser

I dette afsnit præsenteres de etiske overvejelser i forbindelse med valg af empiri.

Bachelorprojekter er fritaget anmeldelsespligten af behandling af personoplysninger til Datatilsynet, når behandlingen sker med udtrykkeligt samtykke fra patienten (Glasdam 2015, s. 28) og det samme med interviewundersøgelser, som ikke omfatter menneskeligt biologisk materiale (nvk.dk - National Videnskabsetisk Komité). De udvalgte empiri har overholdt anmeldelsespligten og indhentet samtykkeerklæring fra patienterne og kravet om sikker opbevaring af data og De etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i de nordiske lande er blevet fulgt. Disse interviewundersøgelser omfatter ikke menneskeligt biologisk materiale, derfor er det ikke anmeldt til National Videnskabsetisk Komité (Egede 2018, s. 26, Simoný m.fl. 2017, s. 235).

Dette projekts formål er, at undersøge hvordan sygeplejersken kan støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktioner og fremme deres OAS. Jeg opmærksom på, at de udvalgte empiri er skrevet med andre formål, men jeg har valgt, at bruge relevante citater fra hjertepatienterne til min analyseafsnit.

2.4 Videnskabsteoretisk tilgang

Den videnskabsteoretiske tilgang til dette projekt er hermeneutisk. Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller forståelselære og hører ind under humanvidenskaben (Birkler 2013, s. 40, Thisted 2015, s. 48).

Ifølge Gadamer har mennesket en meningshorisont som indeholder forforståelse (Thisted 2015, s. 59). Forforståelsen er altid tilstedeværende og omfatter alt, hvad vi ved om problemstillingen (Dahlager; Fredslund 2015, s. 161). Min forforståelsen er dannet ud fra baggrundsafsnittet, hvilket er, at hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom går igennem en krise og meningsløshed i forbindelse med indlæggelsen og har brug for støtte til håndtering af krisereaktionerne. Denne forforståelse danner grundlag for den egentlige forståelse af meningshelheden (ibid.). Meningshorisonten er den rækkevidde, vores

udsyn har og er lige så tilstedeværende og nødvendig forudsætning for al forståelse (ibid., s. 162, 163).

For at kunne støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktionerne og fremme hans OAS, må jeg først forstå hjertepatientens følelser, oplevelser og behov. Hvis jeg ikke forstår patienten først, kan jeg risikere at tillægge patienten nogle behov, som han ikke har behov for (Birkler 2013, s. 45). For at forstå patientens oplevelser i forbindelse med indlæggelsen og diagnosen, må jeg tage min forforståelse med. Jeg kan opnå forståelse for patientens oplevelser vha. den hermeneutiske cirkel og horisontsammensmeltning (Dahlager; Fredslund 2015, s. 157).

Den hermeneutiske cirkel går ud på, at jeg sætter min forforståelse i spil med patientens horisont gennem dialog og gør mig åben for, at min horisont kan rykkes (ibid., s. 167). I mødet mellem min og patientens horisonter sker forståelsen ved, at jeg sætter mig selv i patientens horisont og medbringer min forforståelse. To horisonter der mødes skaber et fælles rum, hvor forståelse er mulig. Dette kaldes ifølge Gadamer horisontsammensmeltning (ibid., s. 163). Denne forståelse af patientperspektivet er en meningsdel i en meningshelhed (ibid., s. 163).

Analysen i dette projekt foretages i dialog med de udvalgte empiri og teorier, ligesom når man går i dialog med patienterne, hvor der stilles spørgsmål, men i dialog med empiri og teori fås svaret gennem fortolkning af teksten (Thisted 2015, s. 62). Med forståelse af flere meningsdele, såsom patientperspektivet og teorierne vil jeg nærme mig en forståelse af meningshelheden af dette projekt (Dahlager; Fredslund 2015, s. 163), men idet den hermeneutiske cirkel er en uendelig cirkulær bevægelse, findes der ikke en endelig forståelse (ibid., s. 160, 164; Thisted 2015, s. 63). Ved brug af den hermeneutiske cirkel kan horisonten udvides hele tiden, fordi forståelsen af patienternes oplevelser i forbindelse med indlæggelsen vil udgøre en ny forforståelse i mødet med nye problemstillinger, derfor kaldes den hermeneutiske cirkel også for erkendelsesudvidende cirkel (Thisted 2015, s. 63).

3 Teoriafsnit

For besvarelsen af problemformuleringen i dette projekt anvendes forskellige teoretiske begreber. I dette afsnit præsenteres teoretikerne samt de udvalgte teorier og begreber, der anvendes i analysen. Begrundelsen for valget af teorierne fremgår i de enkelte afsnit.

Jeg har valgt tre teoretikere som referenceramme i analysen: Merry Elisabeth Scheel, Johan Cullberg og Aaron Antonovsky. Teorierne vil blive anvendt til at belyse, hvordan jeg som sygeplejerske kan støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktionerne og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen.

3.1 Interaktionel sygeplejepraksis

I dette afsnit præsenteres teoretikeren og de udvalgte begreber.

Merry Elisabeth Scheel (1929-2007) (herefter Scheel) var dansk sygeplejerske og var uddannet indenfor filosofi. Scheel havde en ph.d.-grad i filosofi fra 2003. Hun har gennem mange år arbejdet med og skrevet om sygeplejens etiske og filosofiske grundlag og er mest kendt for sin bog "*Interaktionel sygeplejepraksis*" (Nielsen 1997, s. 50).

I den interaktionelle sygeplejepraksis er interaktion et nøglebegreb og skal forstås som samspillet mellem mennesker eller samhandlen i den daglige praksis. Der lægges særlig vægt på samhandlen i sundhedsvæsenet, idet samarbejde mellem bl.a. sygeplejerske og patient er vigtigt, hvis det skal lykkes at støtte patienten i, at håndtere krisereaktionerne og fremme patientens OAS (Scheel 2015, s. 16). Derfor har Scheels teori om interaktionel sygeplejepraksis relevans i forhold til inddragelse af hjertepatienten, samarbejdet mellem sygeplejersken og hjertepatienten samt sygeplejerskens bevidsthed om sin magtposition i forhold til hjertepatienten.

Følgende begreber vil blive brugt i analysen: *dialog og diskurs, magtrelationer* samt *systemverden og livsverden*.

3.2 Støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktioner

I dette afsnit præsenteres teoretikeren og den centrale del af teorien.

Johan Cullberg (herefter Cullberg) er en svensk professor i psykiatri. Han har skrevet mange grundbøger indenfor det psykologiske fagområde (Cullberg 2006). Han er også psykoanalytiker med mange års erfaring fra klinisk og videnskabeligt arbejde (ibid.).

Cullbergs teori om krisens forløb omfatter følgende faser: chokfasen, reaktionsfasen, bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen (ibid., s. 138). Det kan være svært at se, hvor i krisens forløb patienterne befinder sig, når sygeplejersken møder dem, idet nogle af faserne kan mangle helt eller være sammenvævet med en anden fase (ibid., 139). Cullbergs teori om *krisens forløb og symptomer* samt *kriseterapi* har relevans i sygeplejen til hjertepatienter, der går igennem en krise i forbindelse med indlæggelsen og diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom, fordi sygeplejerskens bevidsthed om krisens forløb er et redskab til at orientere sig i hjertepatientens aktuelle kriseforløb (ibid., s. 139). Viden om krisens forløb og symptomer hjælper sygeplejersken til, at forstå de psykiske symptomer hos den kriseramte (ibid., s. 137).

3.3 OAS

I dette afsnit præsenteres teoretikeren og de centrale dele af teorien.

Aaron Antonovsky (1923-1994) (herefter Antonovsky) var professor i medicinsk sociologi og har skrevet bogen "*Helbredets mysterium*" (Antonovsky 2000, s. 9). Antonovsky har salutogenetisk tankegang, der går ud på, at fokusere på de faktorer der fremmer sundheden hos mennesket (ibid., s. 24, 31). Ifølge Antonovsky møder mennesket forskellige stressfaktorer gennem sit liv og han undrede sig over, at nogle mennesker overlever og klarer sig fint på trods af, at de møder meget høj stressbelastning. Gennem sin undersøgelse har han udviklet begrebet OAS (ibid., s. 11-12). Jf. afsnit 1 (Indledning) på side 4, definerer Antonovsky OAS som:

“...en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har gennemgående, blivende men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.” (Antonovsky 2000, s. 37).

Antonovskys teori om OAS har relevans i sygeplejen til hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom der er i krise, fordi ifølge Antonovsky har patienter med stærk OAS bedre evne til at mestre svære situationer (ibid., s. 151-152). Dvs. at hjertepatienternes OAS kan have betydning for deres håndtering af krisereaktioner.

Antonovskys teori om OAS består af tre elementer: *begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed* (Antonovsky 2000, s. 34).

4 Analyseafsnit

I dette afsnit analyseres udvalgte citater fra empiri vha. de udvalgte teorier ift. problemformuleringen, som er: *Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS?*

Analysen er delt op i tre afsnit: Interaktionel sygeplejepraksis, Krisens forløb og symptomer samt OAS. Følgende afsnit indeholder elementer af, hvordan jeg har fortolket citaterne.

Der kommer delkonklusion ift. problemformuleringen for hvert afsnit. Hjertepatienten omtales som han og sygeplejersken som hun.

4.1 Interaktionel sygeplejepraksis

I dette afsnit analyseres citaterne ift. problemformuleringen vha. interaktionel sygeplejepraksis.

I empirien fremgår det, at hjertepatienter ofte savner gensidig forståelse og dialog i forbindelse med indlæggelsen. En grønlandsk hjertepatient fortæller:

“Det ville være bedre, hvis man er i dialog. Det ville være meget mere forståeligt at have en samtale, i dialog, hvor man forstår gensidigt, men det er ikke eksisterende. (...)” (Egede 2018, s. 36).

Dette citat kan fortolkes som, at det opleves belastende for hjertepatienten, der er i krise, at der ikke er gensidig forståelse og dialog i forbindelse med indlæggelsen og at patienten har behov for, at blive forstået og anerkendt ift. sine krisereaktioner.

Ifølge Scheel forudsætter en god samtale dialog, hvor man anerkender den anden som ligeværdig (Scheel 2015, s. 123), dvs. at sygeplejersken må forstå og anerkende hjertepatienten som ligeværdig og dermed anerkende hans behov for, at have en dialog og gensidig forståelse, som i øvrigt er grundlaget for forholdet mellem mennesker (ibid.). Diskurs henviser til forståelsesorienteret og herredømmefri kommunikation, hvor der er en taler og en hører (ibid., s. 92). Diskurs anvendes med det formål, at opnå gensidig forståelse, enighed og fælles anerkendelse ud fra nogle gyldighedskrav, som bl.a. kræver, at taleren gør sig forståelig, således at begge samtaleparter har mulighed for at forstå hinanden (ibid.). Det tyder på, at sygeplejersken kan anvende dialog og diskurs, for at opnå gensidig forståelse for hjertepatientens behov, anerkende ham i hans krisereaktioner og dermed støtte ham i, at håndtere sine krisereaktioner.

En anden hjertepatienten fortæller:

”Jeg fik besked på, at jeg skal undersøges i hjertet, men jeg kender en læge. Og han fortalte mig, hvordan det foregår. (...) nu har jeg konstateret, at jeg skal undersøges gennem en pulsåre.” (Egede 2018, s. 31).

Dette citat kan forstås sådan, at hjertepatientens viden og forståelse i forbindelse med og angående indlæggelsen virker aflastende for hjertepatienten, der er i krise, selvom han har måttet indhente informationer gennem sit netværk. At hjertepatienten har været nødt til, at benytte sit netværk for at indhente informationer viser endvidere, at sygeplejersken må tage initiativ til, at komme i dialog med hjertepatienten, der er i krise. Denne hjertepatient har brug for informationer, til at kunne håndtere sin krise og det er blevet overset af sygeplejersken. Det tyder igen på, at det er nødvendigt, at sygeplejersken er opmærksom på dialog og diskurs i mødet med hjertepatienten, der er i krise, for ikke at overse hjertepatientens behov.

Endvidere beskrives det i empirien, at hjertepatienter ikke ved, hvad der kan være af informationer i forbindelse med indlæggelsen:

“(...) Jeg ved ikke, hvilke informationer der kan være.” (Egede 2018, s. 37).

En anden hjertepatient giver udtryk for, at informationen har været utilstrækkelig i forbindelse med indlæggelsen:

“I hvert fald kunne jeg have haft en bedre forståelse af min situation, hvis jeg havde fået tilstrækkelige med informationer. (...) Under alle omstændigheder, ville jeg nok ikke være så forvirret.” (Egede 2018, s. 30).

De to ovenstående citater kan tyde på, at hjertepatientens informationsbehov er blevet overset i forbindelse med indlæggelsen. Ifølge Scheel det, at undlade at give information, en magtudøvelse, idet sygeplejerske-patientforholdet er en magtrelation, fordi patienten som hun skal pleje og drage omsorg for, oftest er i en svagere position (Scheel 2015, s. 174). Desuden kan det, at undlade at give information begrænse patientens viden og ressourcer, han har brug for til, at kunne håndtere sin krisesituation og risikerer at låse sig fast i passivitet og afhængighed (Scheel 2015, s. 172, 174). Ift. denne hjertepatient viser det igen, hvor vigtigt det er, at sygeplejersken anvender dialog og diskurs i mødet med hjertepatienten, der er i krise med henblik på, at opnå gensidig forståelse og forståelse for hjertepatientens behov og tage udgangspunkt i det, for at hjertepatienten skal kunne håndtere sine krisereaktioner og undgå, at låse sig fast i passivitet og afhængighed.

Vi vender tilbage til hjertepatienten, der siger, at gensidig forståelse ikke er eksisterende:

“(...). Det ville være meget mere forståeligt at have en samtale, i dialog, hvor man forstår gensidigt, men det er ikke eksisterende. (...)” (Egede 2018, s. 36).

Ifølge Scheels teori om interaktionel sygeplejepraksis er samfundet opsplittet i systemverden og livsverden, hvor systemverdenen er regeret af lov og regler og sygeplejersker skal rette sig efter magtpåbudte regler. Den daglige praksis er organiseret i forhold til økonomi og administration, der reguleres af penge og magt (Scheel 2015, s. 87). Systemverdenens modsætning er livsverdenen, som er den hverdag mennesket kommer fra, hvor han har sine “egne regler”, livserfaring, sprog og kultur og som er grundlaget for hans egentlige forståelse

af situationen (ibid., s. 88) I livsverdenen foregår menneskelig handling på baggrund af gensidig forståelse og er nødvendig for, at mennesket kan orientere sig om sin tilværelse (ibid.). Den grønlandske hjertepatient savner gensidig forståelse og dialog i forbindelse med indlæggelsen. Det tyder på, at hjertepatienten ikke føler sig inddraget med sin livsverden i sit patientforløb. At undlade at inddrage patienternes livsverden er et eksempel på, at systemverdenen har koloniseret livsverdenen, hvor der i højere og højere grad tænkes og handles strategisk og målrettet og derfor bliver patienten objektiveret og forståelsesorienteret kommunikation negligeres (Scheel 2015, s. 91).

Alle ovenstående citater tyder på, at selvom sygeplejersken arbejder i systemverdenen, så har det betydning for patienten at blive inddraget med sin livsverden under indlæggelsen, for at patienten skal kunne orientere sig om sin tilværelse og at han får mulighed for at blive hørt (Scheel, s. 133, 193). Krisereaktioner hos hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom kan overses, hvis sygeplejersken ikke inddrager patientens eller sin egen livsverden, idet gensidig forståelse sker gennem livsverdenen. Hvis krisereaktionerne overses får patienten ikke mulighed for, at modtage støtte til at håndtere krisereaktionerne og det kan føre til langvarig depression hos patienten (Cullberg 2006, s. 154). På baggrund af dette bør sygeplejersken være opmærksom på systemverdenens kolonialisering af livsverdenen.

4.1.1 Delkonklusion

I dette afsnit præsenteres delkonklusionen for analysen vha, interaktionel sygeplejepraksis ift. problemformulering.

Scheels interaktionelle sygeplejepraksis kan bruges til, at belyse vigtigheden af sygeplejerskens anvendelse af dialog og diskurs i mødet med hjertepatienten, der er i krise, for at kunne forstå hjertepatientens behov for at kunne håndtere krisereaktionerne samt deres behov for at blive inddraget i forbindelse med indlæggelsen. Scheels interaktionelle sygeplejepraksis belyser desuden sygeplejerskens magtposition i mødet med hjertepatienten fordi, ifølge Scheel er patienten afhængig af sygeplejerskens bevidsthed om sin magtposition samt hendes bevidsthed om systemverdenens kolonialisering af livsverdenen, idet patienten

bliver objektiveret når livsverdenen kolonialiseres af systemverdenen, hvilket kan medføre at krisereaktioner overses hos hjertepatienten. Systemverdenens kolonialisering af livsverdenen kunne tydes ud fra hjertepatienternes udsagn, hvordan de følte sig ikke inddraget. Endvidere kan det begrænse patientens viden og ressourcer, til at tage vare på sig selv, hvis de ikke bliver inddraget med deres livsverden.

4.2 Krisens forløb og symptomer

I dette afsnit analyseres citaterne ift. problemformuleringen vha. Cullbergs teori om krisens forløb og symptomer samt kriseterapi.

I empirien bliver det beskrevet, at hjertepatienterne var chokerede i den akutte fase af sygdommen. Derudover blev deres hverdagsliv påvirket af fysiske, psykiske og sociale ændringer (Simonÿ m.fl. 2017, s. 235). En indlagt hjertepatient siger:

“We are hit by a hammer.” (Simonÿ m.fl. 2017, s. 235).

Denne hjertepatient bruger metaforen om, at det var ligesom at blive ramt af en hammer, at få diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom. Ifølge Cullberg kan patienter blive ramt af akut krise efter at have fået en alvorlig diagnose (Cullberg 2006, s. 153). Den akutte krise består af chok- og reaktionsfasen (ibid., s. 140). Metaforen om hammeren kan tyde på, at hjertepatienten er kommet i en akut krise efter at have fået diagnosen kronisk iskæmisk hjertesygdom og dermed er i chokfasen. Chokfasen varer ofte fra et kort øjeblik til nogle døgn (ibid., s. 139). I denne fase kan hjertepatientens bevidsthed desuden være formørket og psyke vendt bort fra kommunikation, derfor kan patienterne have svært ved at huske informationer der gives (ibid.). Derfor bør sygeplejersken være opmærksom på, hvor i krisens forløb hjertepatienterne befinder sig, før hun giver vigtige informationer samt at informationer skal gentages for, at sikre, at hjertepatienten har forstået dem.

En anden hjertepatient fortæller, at han kæmpede imod virkeligheden og fornægtede at han var blevet kronisk syg, fordi han var bange:

“I was really sad and thought “Oh, no, what is all this”. Tears were simply rolling down my cheeks.” (Simonÿ m.fl. 2017, s. 235).

Ifølge Cullberg indtræder reaktionsfasen efter den indledende chokfase. Reaktionsfasen går i gang når hjertepatienten begynder at åbne øjnene for det skete, efter tidligere at have forsøgt at lukke øjnene for det og holde afstand (ibid., s. 140). Det kan tyde på, reaktionsfasen er ved at gå i gang hos denne hjertepatient.

I empirien står der endvidere, at hjertepatienterne havde svært ved at acceptere sygdommen, hvor de fornægtede, at der var noget galt, i håb om at alt ville blive normalt igen (Simoný m.fl. 2017, s. 235):

“I had pains in my left shoulder and thought, Oh it’s just because I lifted incorrectly. But then I must say it really began to ache. My arm hurt. I had no idea that it was. I just thought that it was due to the lifting activity.” (ibid.).

Ifølge Cullberg kan nogle kriser begynde så gradvist, at der ikke spores en chokfase, men hvor krisen starter i reaktionsfasen. I reaktionsfasen mobiliseres hjertepatientens forsvarsmekanismer for at mindske oplevelsen af og bevidstheden om trusler for sig selv. Disse forsvarsmekanismer kan bl.a. vise sig som fornægtelse (Cullberg 2006, s. 140). Det kan tyde på, at denne hjertepatientens krise er startet gradvist og derfor er reaktionsfasen gået i gang uden at der var en indledende chokfase. Hjertepatienten kan godt mærke smerterne i armen er truende, men fornægter og accepterer ikke betydningen. Fornægtelse kommer ofte ved legemlige sygdomssymptomer af truende karakter og har nødvendigvis ikke at gøre med manglende viden om symptomernes betydningen, snarere tværtimod (ibid., s. 142).

En anden patient fortæller, at han bliver sur på sig selv, når der er noget, han ikke kan klare:

“In that situation I had to give in and say “Okay, I can’t do it”. Then I felt really pissed at myself.” (Simoný m.fl. 2017, s. 236).

Citatet kan fortolkes sådan, at denne hjertepatient er vred og måske føler sig mislykket, idet han siger han bliver sur på sig selv, når han må erkende, at han ikke kan klare noget. Ifølge Cullberg kan vreden, som er en almindelige reaktion samt selvfordømmelse komme pga. følelsen af uretfærdighed over, at have fået iskæmisk hjertesygdom (Cullberg 2006, s. 140, 146, 147). Disse følelser kan ifølge Cullbergs teori om krisens forløb fremkomme under den akutte krise (ibid., s. 146), derfor tyder det på, at denne hjertepatient også er i reaktionsfasen.

Hjertepatienten der har været i hjerterehabilitering giver udtryk for, at det hjalp, at få snakket om sygdommen, indlæggelsen samt oplevelser og følelser med sygeplejersker og andre patienter:

”So many pertinent things about the disease were expressed in ways that I could not do myself.” (Simonÿ m.fl., s. 236).

Ifølge Cullbergs kriseterapi er sygeplejerskens opgave, at indtage rollen som ”container” i mødet hjertepatienten, der er i krise samt støtte patienten i, at verbalisere følelser og oplevelser. Sygeplejersken tager imod og lytter med sin ”container”-funktion, som kan rumme patientens følelser og oplevelser. Det kan have en aflastende effekt hos patienten, at følelser opfattes som naturlige i betragtning af hvad der er sket (ibid., s. 164-165). Ud fra dette citat fra hjertepatienten der har været i hjerterehabilitering tyder det på, at Cullbergs kriseterapi kan have en aflastende effekt hos hjertepatienter med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom, som er ramt af krise.

Ifølge Cullberg kommer bearbejdningsfasen oftest et halvt eller et helt år efter diagnosen. Hjertepatienten begynder, at orientere sig mod fremtiden med kronisk sygdom og lærer efterhånden at leve med kronisk sygdom samt de nye sociale roller. Forsvarsmekanismerne bliver mindre og gamle aktiviteter genoptages. Nyorienteringsfasen har ingen afslutning, men hjertepatienten får ofte nye interesser og relationer i denne fase (ibid., s. 148-150).

Udover de ovennævnte ting, som sygeplejersken skal være opmærksom på, er det også vigtigt ifølge Cullberg at støtte patientens ressourcer så krisen kan gennemløbe en naturlig udvikling frem mod bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen (ibid., s. 154). Ressourcer forstås som bl.a. hjertepatientens OAS, som fører mig til analysen af OAS i næste afsnit.

4.2.1 Delkonklusion

I dette afsnit præsenteres delkonklusionen for analysen vha. krisens forløb og kriseterapi ift. problemformuleringen.

Cullbergs teori om krisens forløb og symptomer kan bruges ift. at orientere sig hvor i krisens forløb hjertepatienterne befinder sig og er tilmed et godt redskab i mødet med hjertepatienter, der er ramt af krise. Ifølge Cullberg befinder hjertepatienterne sig oftest i chok- eller reaktionsfasen, når sygeplejersken møder dem i forbindelse med indlæggelsen. I empirien tydede det også på, at hjertepatienterne befinder sig chok- og reaktionsfasen i forbindelse med indlæggelsen og diagnosticeringen.

Med Cullbergs kriseterapi er sygeplejerskens opgave, at indtage rollen som ”container”, der kan rumme patientens oplevelser og følelser samt støtte patienten i, at verbalisere sine følelser og oplevelser. Analysen tyder på, at det kan have en aflastende effekt for patienten.

4.3 OAS

I dette afsnit analyseres citaterne ift. problemformuleringen vha. Antonovskys teori om OAS.

Ifølge Antonovskys teori har patienter med stærk OAS bedre evne til, at mestre svære situationer, idet stærk OAS fremmer patientens motivation til at handle mens svag OAS kan virke lammende for patienten (ibid., s. 151-152). Dette forstås sådan, at hjertepatienter med stærk OAS har bedre evne til, at håndtere krisereaktioner. På baggrund af dette bør sygeplejersken være opmærksom på hjertepatientens OAS i forbindelse med krisereaktionerne.

I empirien beskrives det, at hjertepatienterne ofte mangler forståelse for årsagen til indlæggelsen. En grønlandsk hjertepatient fortæller:

“I hvert fald kunne jeg have haft en bedre forståelse af min situation, hvis jeg havde fået tilstrækkelige med informationer. Jeg har kun fået meddelelser. Under alle omstændigheder, ville jeg nok ikke være så forvirret.” (Egede 2018, s. 30).

Hjertepatienten er forvirret og giver udtryk for, at informationerne har været utilstrækkelige. En af komponenterne i Antonovskys teori om OAS handler om begribelighed.

Begribelighed handler om i hvilken grad patienten opfatter de stimuli, han konfronteres med, som kognitivt forståelige og sammenhængende og som ordnet, struktureret og tydelige

informationer i stedet for uordnet, tilfældig, uforklarlig information. Den der har stærk oplevelse af begribelighed, forventer, at de stimuli der kommer i fremtiden er forudsigelige eller at det, der kommer som en overraskelse, kan passes ind i en sammenhæng (Antonovsky 2000, s. 35). Citatet kan ud fra Antonovskys teori om OAS fortolkes som, at hjertepatientens oplevelse af begribelighed af situationen bliver svagere, når hjertepatienten ikke får tilstrækkelig information og det påvirker hjertepatientens evne til, at håndtere sine krisereaktioner. Det tyder på, at der derimod kunne, som hjertepatienten også selv giver udtryk for, tilstrækkelig, orden og struktureret information skabe forudsigelighed og dermed stærkere oplevelse af begribelighed.

En anden grønlandsk hjertepatient fortæller, at han håndterer sin situation ved at tænde et lys og synge salmer:

(...) Når jeg føler min dag er tung, eller når jeg har bekymringer, så tænder jeg et lys, så synger jeg salmer, så får jeg fornyet mine energier. Jeg føler, at jeg bliver hørt. Vi har ikke magten. Det er meget betryggende. (Egede 2018, s. 42).

En af komponenterne i Antonovskys teori om OAS er håndterbarhed. **Håndterbarhed** handler om i hvilken grad patienten oplever, at der står tilstrækkelige ressourcer til ens rådighed ift. de udfordringer patienten møder. "Til ens rådighed" kan forstås som ressourcer, man selv har kontrol over, eller ressourcer der kontrolleres af en anden, som man har tillid til, det kan eks. være sygeplejersken, ægtefællen, ven eller Gud. Når man har en stærk oplevelse af håndterbarhed, føler man ikke at man er et offer for det, der sker eller at livet behandler én uretfærdigt. Man kan komme ud for uheldige hændelser, men man er i stand til at håndtere dem (Antonovsky 2000, s. 36).

Når hjertepatienten siger, at han føler han bliver hørt og at vi ikke har magten, men at det er betryggende, kan det fortolkes sådan, at han hentyder til Gud og dermed en højere magt. Det kan således ud fra Antonovskys teori om OAS fortolkes sådan, at hjertepatienten anser Gud som en ressource, der står til rådighed, når han har bekymringer eller andre psykiske krisereaktioner og står i en svær situation. Det tyder på, at hjertepatientens oplevelse af håndterbarhed af krisesituationen styrkes, når der står ressourcer til rådighed, som han har tillid til og derfor opfatter han stimuli som udfordringer, han kan klare mere end opfatter dem som byrder.

Endvidere fortæller en anden hjertepatient, at hans familie fylder meget i hans tanker:

"(...) det, der fylder mest i mine tanker, det er (...), min kone, børnene og mine venner. De giver mig styrke. De giver mig også tryghed, da de fylder i mine tanker." (Egede 2018, s. 42).

Dette citat tyder også på, at denne hjertepatientens oplevelse af håndterbarhed af situationen styrkes af, at hans kone, børn og venner, som anses som ressourcer hjertepatienten har tillid til, står til rådighed for hjertepatienten. Derfor bør sygeplejersken i mødet med hjertepatienter, der er i krise finde ud af, hvem hjertepatienterne har som ressource og inddrage dem i hjertepatientens forløb, således at de kan stå til rådighed for hjertepatienten og dermed styrke hjertepatienternes oplevelse af krisens håndterbarhed.

En anden hjertepatient fortæller, at han ikke er bekymret da han bliver indlagt på Rigshospitalet, hvor han aldrig har været før:

"Nye oplevelser, nye indtryk, nye steder, noget jeg ikke kender til. Jeg er ikke bekymret, men jeg vil nok sige, at jeg er spændt (...)" (Egede 2018, s. 39).

Ift. Antonovskys teori om OAS kunne det tyde på, at hjertepatienten har stærk oplevelse af meningsfuldhed. **Meningsfuldhed** handler om, i hvilken grad man oplever, at hændelser, der er forbundet med det, som patienterne engagerer sig i og som giver mening i følelsesmæssig og kognitiv forstand, opfattes som udfordringer der var værd at engagere sig følelsesmæssigt i. Det betyder, at patienterne oplever livet som følelsesmæssigt forståeligt og at de problemer og krav tilværelsen fører med sig, er værd at investere energi og engagement i. Eksempelvis en person med stærk oplevelse af sammenhæng, der bliver syg, tager udfordringen på sig og er besluttet på at finde en mening med situationen og gør sit bedste for at klare sig igennem sygdommen (Antonovsky 2000, s. 36). Meningsfuldheden anses som motivationselementet (ibid., s. 40). Citatet af hjertepatienten kan fortolkes sådan, at hjertepatienten er nysgerrig og situationen er meningsfuld for ham på trods af krisereaktionerne, idet han siger, han er spændt. Han tager det, at blive indlagt som en udfordring og er motiveret og besluttet på gøre sit bedste for at klare sig igennem indlæggelsen og krisesituationen.

Der er også hjertepatienter, som er taknemmelige over, at få den hjælp de har brug for og har ikke store forventninger:

”Jeg er bare taknemmelig over at få hjælp, jeg har ikke de store forventninger. Hvis jeg kan blive undersøgt, så er jeg taknemmelig.” (Egede 2018, s. 40).

Ift. Antonovskys teori om OAS tyder det på, at denne hjertepatient har stærk OAS, idet det han siger, tyder på, at han har tillid til, at tingene nok skal gå (Antonovsky 2000, s. 149). Det tyder på, at når sygeplejersken yder psykisk støtte til hjertepatienterne og er opmærksom på deres OAS i forbindelse med indlæggelsen, så får de stærkere OAS og bedre evne til, at håndtere krisereaktionerne.

4.3.1 Delkonklusion

I dette afsnit præsenteres delkonklusionen for analysen vha. OAS ift. problemformuleringen.

Antonovskys teori om OAS er anvendelig at tage udgangspunkt ift. hvordan hjertepatienternes OAS påvirkes af indlæggelsen og diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom. Det tyder på, at hjertepatienter, der får tilstrækkelig information af sygeplejersken opnår stærkere oplevelse af forudsigelighed og dermed begribelighed. Det fremgår også, at hjertepatienternes oplevelse af håndterbarhed styrkes af, at der står ressourcer til rådighed, såsom pårørende, Gud, sygeplejersken, lægen eller en anden, som de har tillid til. Det tyder også på, at hjertepatienter der har stærk oplevelse af meningsfuldhed tager sygdommen som en udfordring og er motiveret og besluttet på, at gøre sit bedste for at klare sig igennem sygdommen. Derfor bør sygeplejersken være opmærksom på hjertepatienternes OAS og handle ift. at fremme deres OAS, så de opnår bedre evne til at håndtere krisereaktionerne.

5 Diskussion

I dette afsnit fortolkes og vurderes analysens resultater. Formålet med dette projekt er, at besvare problemformuleringen som lyder således: Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen?

Ud fra analysen er jeg kommet frem til, at det er vigtigt, at sygeplejersken anvender dialog og diskurs i mødet med hjertepatienten der er i krise, for at opnå gensidig forståelse, forståelse for hjertepatientens behov samt for at inddrage hjertepatienten i forbindelse med indlæggelsen. Sygeplejersken må være bevidst om sin magtposition ift. hjertepatienten, som ofte står i en svagere position og som ofte påvirkes af systemverdenens kolonialisering af systemverdenen. Gennem sygeplejerskens inddragelse af livsverdenen, kan sygeplejersken undgå, at krisereaktioner overses og patienten får mulighed for at modtage støtte til håndtering af krisereaktioner. Scheels teori om interaktionel sygeplejepraksis kan bruges i alle sygeplejesituationer (Scheel 2015, s. 17) og derfor kan det bruges igen i mødet med andre problemstillinger ift. hjertepatienter.

Selvom Cullbergs krisefasettænkning er blevet kritiseret for at være for generaliserende og for ikke at tage højde for menneskets individuelle måde at gennemleve en krise på (Hummelvoll 2012, 646), så gav det overblik over, hvor i krisens forløb hjertepatienterne befinder sig. Det er en styrke ift. sygeplejerskens orientering af, hvor i krisens forløb hjertepatienterne befinder sig, før hun kommer med vigtige informationer samt vurdering af, om patienten er i stand til at indoptage informationerne (Cullberg 2006, s. 139, 165). Ydermere har sygeplejersken bedre mulighed for at forstå de psykiske reaktioner i anvendelsen af Cullbergs krisefasettænkning (ibid., s. 137).

Med Cullbergs kriseterapi er en af sygeplejerskens opgave, at indtage rollen som ”container”, der kan rumme hjertepatientens følelser og oplevelser, men der er ikke konkrete handlingsforslag til, hvordan sygeplejersken kan hjælpe patienten i, at verbalisere sine følelser og oplevelser. Det kan begrænse besvarelsen af min problemformulering, derfor kunne det være interessant, at undersøge dybere med Eide og Eides kapitel om Krise- og mestringsteori for, at uddybe sygeplejerskens kommunikative opgaver. Eide og Eide kommer bl.a. med eksempler på, hvordan man kan stille spørgsmål om patientens tanker og følelser og vurderinger om sin egen situation, reformulere disse og komme med information som kan bidrage til at justere patientens egen vurdering af sin situation (Eide; Eide 2011, s. 174-175). Det kunne være mere begribeligt for sygeplejersken ift. at strukturere samtalen på med den kriseramte hjertepatient.

Analysen af hjertepatienternes OAS vha. Antonovskys teori om OAS viste, at hjertepatienter som modtager tilstrækkelig, struktureret og tydelig information opnår stærkere oplevelse af forudsigelighed og dermed stærkere OAS. Analysen viste også, at hjertepatienternes oplevelse af håndterbarhed styrkes af, at der står ressourcer til rådighed, som f.eks. pårørende, Gud, sygeplejersken, lægen eller en anden, som de har tillid til. Meningsfuldheden forstås som motivationselementet, idet hjertepatienter der har stærk oplevelse af meningsfuldhed tager sygdommen som en udfordring og er besluttet på, at gøre deres bedste for at klare sig igennem sygdommen. Dette forstås som, at sygeplejersken kan fremme hjertepatientens oplevelse af meningsfuldhed ved at finde ud af, hvad der giver mening for hjertepatienten og hvad han engagerer sig i. På den måde kan sygeplejersken vurdere, hvordan hun kan gøre indlæggelsen meningsfuld for hjertepatienten. Anvendelse af teorien om OAS styrker besvarelsen af problemformuleringen, idet den giver bedre indsigt i hjertepatientens ressourcer til, at håndtere krisereaktionerne.

Analysen er foretaget ud fra en dialog med empiri, som er kvalitative interviewundersøgelser og indeholder patientperspektivet. Resultaterne i de udvalgte empiri er fortolket ud fra forfatterens forforståelse og disse fortolkede resultater har jeg fortolket ud fra min forforståelse. Mine fortolkninger kan derfor siges at være ”forurenede” af forfatterens forforståelse (Dahlager; Fredslund 2007, s. 178). Det kan give mine resultater lavere validitet, idet forfatterens fortolkning er én ud af flere muligheder og derfor kan jeg ikke være sikker på om hjertepatienternes fulde udsagn, meninger, følelser og oplevelser relaterer sig til dette projekts formål (ibid.).

Selvom min forforståelse kan siges, at være ”forurenede”, så var det en styrke, at jeg hele processen var bevidst om min forforståelse og satte det i spil med empirien, teorien samt analysen og gjorde mig åben for, at min horisont kan rykkes. Det gør, at jeg nærmer mig en helhedsforståelse. Det har resulteret i min forståelse af, at der er flere faktorer, der kan have betydning for hjertepatientens evne til, at håndtere sine krisereaktioner som f.eks. sygeplejerskens bevidsthed om sin magtposition, udøvelse af magt, viden og anerkendelse af krisereaktioner, OAS betydning for patienternes evne til, at håndtere deres krisereaktioner samt systemverdenens kolonialisering af livsverdenen. Forståelsen er ikke en endelig

forståelse af dette projekt. Min nuværende forståelse vil udgøre den nye forforståelse i mødet med nye problemstillinger i praksis.

Desuden har dette projekt hermeneutisk tilgang, som tager udgangspunkt i humanvidenskaben, er der anvendt kvalitative interviewundersøgelser som empiri. Kvalitative interviewundersøgelser ligger lavest i evidenshierarkiet (Horness 2013, s. 102-103), men idet sygeplejersker arbejder med mennesker med følelser og tanker har kvalitative interviewundersøgelser relevans i dette projekt. Det er en styrke, at disse kvalitative interviewundersøgelser indeholder hjertepatienternes oplevelser under indlæggelsen samt i diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom, da patientperspektivet er nødvendig at inddrage i sygeplejen, for at sygeplejen kan blive målrettet og fokuseret (Hundborg 2013, s. 692). Desuden er patientperspektiver i stigende grad kommet på dagsordenen i sundhedsvæsenet og der lægges mere og mere vægt på, at der tages hensyn til patienternes værdier i kliniske beslutninger (Thorgård 2013, s. 31, 33).

Dette projekts resultater kan være svære, at generalisere til alle hjertepatienter i Grønland eller Danmark, idet, den første empiri omfatter tre hjertepatienter og den anden empiri omfatter 11 hjertepatienter. De kan sammenlignes med mindre case studier, som ligger lavest i evidenshierarkiet (Horness 2013, s. 102-103), men som nævnt, så indeholder de patientperspektivet, som har relevans til sygeplejen til hjertepatienter.

6 Konklusion

Formålet med dette projekt er, at besvare problemformuleringen som lyder således: *Hvordan kan sygeplejersken støtte hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom i, at håndtere krisereaktioner og fremme hans OAS i forbindelse med indlæggelsen?*

Ud fra analysen og diskussionen kan det nu konkluderes, at problemformuleringen kan besvares vha. de anvendte teorier og begreber.

Sygeplejersken må være bevidst om sin magtposition i mødet med hjertepatienten med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom, idet hjertepatienten er afhængig af hende og ligger ofte i en svagere position. Derfor må sygeplejersken udøve magt med hensyntagen til hjertepatienten, dvs. for at opnå det bedste for hjertepatienten. Hvis hjertepatienten ikke skal låse sig fast i passivitet og afhængighed, må sygeplejersken inddrage livsverdenen for at opnå gensidig forståelse og forståelse for hjertepatientens behov for at kunne håndtere sine krisereaktioner.

Sygeplejersken kan derudover støtte hjertepatienten i, at håndtere krisereaktioner ved at indtage rollen som ”container”, der kan rumme hjertepatientens følelser og oplevelser i forbindelse med indlæggelsen og diagnosticeringen, hvilket kan have en aflastende effekt for hjertepatienten og dermed bedre håndtering af krisereaktionerne.

Sygeplejersken kan vha. Antonovskys teori om OAS fremme hjertepatientens OAS ved at skabe forudsigelighed gennem tilstrækkelige, strukturerede og tydelige informationer, stille ressourcer til rådighed såsom sig selv, inddragelse af pårørende, inddragelse af hjertepatientens tro og religion eller en anden, som hjertepatienten har tillid til. Derudover må sygeplejersken gøre indlæggelsen meningsfuld med henblik på, at gøre indlæggelsen så meningsfuld som muligt og dermed motivere hjertepatienten til at tage sygdommen som udfordring, som han skal gøre sit bedste for at klare sig igennem.

6.1 Konklusionens konsekvenser for sygepleje- og sundhedsfaglig

virksomhed

I indledningen (jf. afsnit 1. Indledning), har jeg nævnt, at jeg havde en opfattelse af, at der blev lagt mest vægt på de grundlæggende fysiske behov samt medicingivning. Det er aktuelt i mange sundhedsvæsenet, at sygeplejersken har travlt til at yde helhedsorienteret sygepleje og patienternes psykosociale behov tages ikke i betragtning, når sygeplejen udføres (Sørensen 2018, s. 50). Dette kunne også være et eksempel på, at systemverdenen har koloniseret livsverdenen, hvor sygeplejersker styres mere og mere af instrukser og retningslinjer og derfor objektiveres patienterne og krisereaktioner overses muligvis. Patientperspektivet (jf.

afsnit 1.1.4) belyser, at dårlig mental sundhed, herunder langvarig depression og krise er forbundet med flere genindlæggelser og øget morbiditet. Derfor kunne konklusionens mulige konsekvenser for sygepleje- og sundhedsfaglig virksomhed være, at sygeplejerskens virksomhedsområde skal tydeliggøres i klinisk praksis, hvor der bl.a. skal øges fokus på de psykosociale reaktioner hos hjertepatienter. Sygeplejerskernes øgede fokus på støtte til håndtering af krisereaktioner til hjertepatienter kunne være med til at forebygge flere genindlæggelser og morbiditet.

7 Perspektivering

En af udfordringerne i sundhedsvæsenet er, at organisere veltilrettelagte patientforløb, der kan give patienten oplevelse af sammenhæng, kontinuitet og helhed i mødet med sundhedsvæsenet (Rhode, Krøll, Mainz 2015, s. 100).

I Danmark findes der som nævnt *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*, der har til formål at skabe øget sammenhæng i patientforløbet og ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, behandling og opfølgning, der herunder bl.a. anbefaler, at der tilbydes psykosocial indsats til formål at støtte patienten i at håndtere krisereaktioner (Sundhedsstyrelsen 2018, s. 7, 33). Det kunne overvejes at lave lignende anbefalinger for hjertepatienter i Grønland, der er tilpasset de grønlandske forhold. Det kunne have en fordel for de grønlandske hjertepatienter, at få et ensartet patientforløb samt at sygeplejen til hjertepatienter er ensartet, så det også er tydeligt for sygeplejersken uanset hvor man er, hvad man skal være opmærksom på i mødet med en hjertepatient med nydiagnosticeret kronisk iskæmisk hjertesygdom.

Et forløbsprogram for hjertekarsygdomme fra Region Hovedstaden anbefaler, at personalet skal være opmærksomme på, at hjertepatienten kan være i krise og anbefaler psykosocial støtte med det formål, at hjertepatienten genvinder psykisk og social trivsel (Region Hovedstaden 2011, s. 46, 49). Der er en anden bog fra 1995 med vejledende plejeplan til sygeplejersker *Akut myokardieinfarkt vejledende plejeplan*, som kommer med konkrete forslag til sygeplejehandlinger til forskellige sygeplejediagnoser og afhængig af om hjertepatienten er i akut- eller stabilfasen eller om patienten er ved at blive udskrevet. I bogen

står der f.eks. under sygeplejediagnoser: ”Patienten er angst og usikker på fremtiden. Årsag: Har fået blodprop i hjertet, evt. krisereaktion”, så står der, hvilke kendetegn der kan være, såsom utryghed, søvnbesvær, grådlibilitet, angst. Så kommer der forslag til konkrete sygeplejehandlinger såsom, at opbygge et tillidsfuldt forhold, at sætte sig hos patienten og tale med ham, anvende aktiv lytning og hv-ord for at få indsigt i patientens følelser, tanker og oplevelser, informationer gentages, inddrage pårørende, pleje ud fra patientens reaktionsmønstre og opfattelse af sygdommen, støtte patientens ressourcer, vise patienten afdelingens fysiske rammer (Dansk sygeplejeråd 1995, s. 25). Der er f.eks. også forslag til sygeplejehandlinger til patienten med smerter i forbindelse med blodprop i hjertet, så bogen omfatter forslag til sygeplejehandlinger fra psykisk støtte til lindring og monitorering. Bogen er fra 1995, men det kunne tænkes, at lave en fornyet version og som evt. er tilpasset de grønlandske forhold. Det kunne være et hjælpemiddel til sygeplejersker i mødet med hjertepatienter, så man opnår ensartet sygepleje og man ikke overser noget ift. plejeplanen.

Desuden kunne det tænkes, at lave en grønlandsk udgave af *Hjertebogen* fra hjerteforeningen.dk, som skal udleveres til de hjertepatienter, der kan læse eller at, sygeplejersken gennemgår den for de hjertepatienter der ikke kan læse, der bliver indlagt. *Hjertebogen* indeholder information om iskæmisk hjertesygdom, medicin samt de psykiske reaktioner, der kan komme i forbindelse med diagnosticeringen af kronisk iskæmisk hjertesygdom. Den kunne bidrage med at gøre indlæggelsen og diagnosticeringen begribelig for hjertepatienten.

8 Referencer

Referencelisten er delt i to afsnit for overblikkets skyld: Obligatorisk litteratur (847 sider), supplerende litteratur (847 sider).

8.1 Obligatorisk litteratur

Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. 2. Oplag. København, Hans Reitzels Forlag. Side 19-207. (188 sider)

Birkler, Jacob (2013): *Filosofi og sygepleje. Etik og menneskesyn i faglig praksis*. 1. Udgave. 7. Oplag. København, Munksgaard. Kapitel 5. Side 40-48. (8 sider)

Bjerregaard, Peter m.fl.(2016): *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. Levevilkår, livsstil og helbred*. København, Statens Institut for Folkesundhed. Kapitel 10. Side 71-82. (11 sider)

Buus, Niels m.fl.: Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. I: *Sygeplejersken*. Nr. 10. Årgang 2008. (Besøgsdato: 19/4-19) (11 sider)

Dahlager, Lisa; Fredslund, Hanne (2015): Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. I: Vallgård, Signild; Koch, Lene: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. Udgave. € Oplag. København, Munksgaard. Kapitel 7. Side 157-181. (24 sider)

Glasdam, Stinne (2015): Jura og etik. I: Glasdam, Stinne (red.): *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. 2. Udgave. København. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 27-36. (9 sider)

Henderson, Virginia (2009): *Sygeplejens grundlæggende principper*. 6. Udgave. 1. Oplag. Dansk Sygeplejeråd. Side 11-59. (48 sider)

- Horness, Nete (2013): Epidemiologiske design. I: Rasmussen, Johanne Lind (red.): *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. Side 101-125. (24 sider)
- Hundborg, Steen (2013): Sygeplejedokumentation. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 680-693. (13 sider)
- Olesen, Anne Mette (2013): Sygeplejens genstandsfelt. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 53-64. (11 sider)
- Pedersen, Birthe D.; Hounsgaard, Lise (2013): Kronisk sygdom og lidelse. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 556-565. (9 sider)
- Rhode, Peter; Krøll, Vibeke; Mainz, Jan (2015): Patientforløb som sundhedsvæsenets udfordring. I: Mainz, Jan m.fl. (red.): *Kvalitetsudvikling i praksis*. 1. Udgave. 4. Oplag. København, Munksgaard. Kapitel 6. Side 99-113. (14 sider)
- Rienecker, Lotte; Jørgensen, Peter Stray (2012): *Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udgave. Side 173-207. (34 sider)
- Scheel, Merry Elisabeth (2015): *Interaktionel sygeplejepraksis*. 4. Udgave. 2. Oplag. København, Munksgaard. Side 13-279. (266 sider)
- Sundhedsreformen. *Redegørelse om sundhedsreformen, 2010*. Departement for sundhed. (Besøgsdato: 7/5-19) (20 sider)
- Thisted, Jens (2015): *Forskningsmetoder i praksis. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. 1. Udgave. 5. Oplag. København, Munksgaard. Side 11-63. (52 sider)

Thorgård, Keld (2013): Patientperspektivets epistemologi. I: Martinsen, Bente; Norlyk, Annelise; Dreyer, Pia (red.): *Patientperspektivet. En kilde til viden*. 1. Udgave. 2. Oplag. København, Munksgaard. Side 31-47. (16 sider)

Aagaard, Tine (2015): *Hverdagsliv med sygdom. Patienternes kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland*. INUSSUK, Arktisk forskningsjournal 1. Naalakkersuisut, Nuuk. Kapitel 3. Side 9-11, 73-160. (89 sider)

8.2 Supplerende litteratur

Bjerregaard, Peter (red.) (2006): *Professoratet i Arktisk Sundhed 1996-2006*. København, Statens Institut for Folkesundhed. Side 48-59. (11 sider)

Bjerregaard, Peter m.fl.(2018): *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred*. København, Statens Institut for Folkesundhed. Kapitel 6. Side 38-43. (5 sider)

Cullberg, Johan (2006): *Krise og udvikling*. 5. Udgave. 3. Oplag. København, Hans Reitzels Forlag. Kapitel 15 og Kapitel 16. Krisens forløb og symptomer. Side 137-152, 153-176. (38 sider)

D4. Det Grønlandske Sundhedsvæsen -22318 - Akut Koronart Syndrom (AKS), ver. 1.
<http://sundhed4info/D4Doc/Book/DISDdokument.asp?DokID=22318&Text=nitro>
(Besøgsdato: 12/3-19) (4 sider)

Dansk Sygeplejeråd (1995): *Akut myokardieinfarkt. Vejledende plejeplan. Et hjælpemiddel i den daglige pleje*. (54 sider)

Darmer, Mette Rosendal (2001): *Når kroppen bliver en anden - En undersøgelse af hjerteinsufficiente patienters oplevelse af kropsændring*. Publikationer fra Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. Nr. 7/2002. (121 sider)

Deloitte (2010): *Grønlands sundhedsvæsen - udfordringer for fremtiden*. Grønlands selvstyre - departement for sundhed. (Besøgsdato: 7/5-19). (32 sider)

Departement for sundhed 2016. *Redegørelse af muligheden for at etablere et rådgivnings- og rehabiliteringscenter i Grønland*. Naalakkersuisut. (18 sider)

Dieperink, Karin Brochstedt (2013): *Behandlende sygepleje*. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 305-317. (12 sider)

Divi, Chandrika m.fl.: Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. I: *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 19. Issue 2. 1. April 2007. Side 60-67. (Besøgsdato: 6/10-17) (8 sider)

Egede, Anna Kleist (2018): *Grønlandske hjertepatienters informationsbehov - en kvalitativ undersøgelse*. Kandidatspeciale. (85 sider)

Fleury, Julie; Shirley M., Moore (1999): Family centered care after acute myocardial infarction. I: *The Journal of Cardiovascular Nursing*. April 1999. Nr. 13 (3). Side 73-82. (9 sider)

forskningsdatabasen.dk <https://www.forskningsdatabasen.dk/da/catalog/2304342212>
(Besøgsdato: 12/5-19)

gjob.gk <http://www.gjob.dk/Sundhedsvaesenet/Ansatt-pa-DIH/Akutomradet> (Besøgsdato 7/5-19)

Hjertebogen. Udgivet af Hjerteforeningen. 3. Udgave, 1. Oplag 2015. (Besøgsdato: 30/3-19)
<https://bocawired.ipapercms.dk/hjerteforeningen/hjertebogen/hjertebogendecember2015web/>
<#> (71 sider)

hjertereforeningen.dk <https://hjertereforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/> (Besøgsdato: 4/5-19)

hjertereforeningen.dk 1 <https://hjertereforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertetal/hjertetaldk/>
(Besøgsdato: 25/5-19)

Hounsgaard, Lise m.fl.: Kendetegn ved sygeplejepraksis i mindre byer og bygder i Grønland. I: *Sygeplejersken*. Nr. 1. Årgang 2014. Dansk Sygeplejeråd. Side 72-81. (Besøgsdato 4/4-19)
(9 sider)

Hummelvoll, Jan Kåre (2012): *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed*. 4. Udgave. København, Hans Reitzels Forlag. Kapitel 19. Kriser og krisehjælp. Side 634-663.
(29 sider)

Jespersen, Steen Dalsgård: Information til patienter med blodprop i hjertet. I: *Sygeplejersken*. Nr. 8. Årgang 2000. Dansk Sygeplejeråd. Side 32-35. (Besøgsdato: 28/2-19) (3 sider)

Katalog 2015. *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne*. Februar 2015.
(Besøgsdato: 4/4-19) (19 sider)

Madsen, Conny; Nielsen, Karina (2011): Sygepleje til patienter med iskæmiske hjertelidelser. I: Nielsen, Birthe Kamp (red.): *Sygeplejebogen 4. Klinisk sygepleje*. København, Gads Forlag. Side 53-76.
(23 sider)

Møller, Helle (2014): *Grønlandske sygeplejersker fortæller*. København, Forlaget Gramma. Kapitel 4. Side 55-65.
(10 sider)

Nielsen, Ben Farid Røjgaard (2013): Interkulturel sygepleje. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 150-160.
(10 sider)

Nielsen, Kirsten: Større frihed til patienten. I: *Sygeplejersken*. Nr. 42. Årgang 1997. Side 50-52. (Besøgsdato: 28/2-19). (2 sider)

nvk.dk <http://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
(Besøgsdato: 19/5-19)

peqqik.gl <https://www.peqqik.gl/Emner/Patientinformation/Indlaeggelse> (Besøgsdato 7/5-19)

Region Hovedstaden. *Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme*. Godkendt af sundhedskoordinationsudvalget 2011. Side 6-93. (Besøgsdato: 12/6-19)
https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloepsprogram-for-hjerte-kar/Forloepsprogram_hjertekar_m_grafik.pdf (87 sider)

Rosenstrøm, Stine; Foghmar, Sussie; Jønsson, Jennie: Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren. I: *Sygeplejersken*. Nr. 9. Årgang 2014. Dansk Sygeplejeråd. Side 66. (Besøgsdato: 11/2-19) (1 side)

Schrader, Anne-Marie: Kredsløbet. I: Hundborg, Steen; Lynggaard, Birgit (red.): *Sygeplejens fundament*. 2. Udgave. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 484-494. (10 sider)

Simoný, Charlotte P. m.fl. (2017): It is not just a Minor Thing - a phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nr. 31. Side 232-240. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12334> (Besøgsdato: 8/5-19) (8 sider)

stm.dk http://www.stm.dk/a_1682.html (Besøgsdato: 12/5-19)

Stokkebæk, Anne (2002): *Sundhedspsykologi*. København, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Kapitel 1 og Kapitel 10 Side 15-44, 180-191. (40 sider)

sundhed.dk 1

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/koronarsygdom/angina-pectoris-ustabil/> (Besøgsdato: 13/5-19)

sundhed.dk 2

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kaer/tilstande-og-sygdomme/koronarsygdom/akut-koronart-syndrom/> (Besøgsdato: 13/5-19)

Sundhedsstrategien. Departement for Sundhed og Infrastruktur, FM 2014. (43 sider)

Sundhedsstyrelsen (2018): *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*.

https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~/_media/FD3DCF6366F543D5947CF4ECDA54C6F2.ashx (Besøgsdato: 18/4-19) (48 sider)

Sundhedsstyrelsen (2016): *Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer*. Statens Institut for folkesundhed. Kapitel 13. Side 265-298. (Besøgsdato: 7/6-19) (33 sider)

Sørensen, Erik Elgaard (2018): Henover kløften mellem opgavecentreret og personcentreret sygepleje. I: *Fag og forskning*. Årgang 2018, Nr. 2. Side 50-54. (4 sider)

WHO.int https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (Besøgsdato: 30/4-19)

9 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Tabel over indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb

Bilag 2: Mail fra EPJ kontoret

Bilag 3: D4 - Akut koronart syndrom

Bilag 4: Søgeproces

Bilag 5: Cinahl søgeprofil

Bilag 6: Cinahl søgeprofil

Bilag 7: Kvalitetsvurdering af artiklen

Bilag 1 - Tabel over indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb

TABEL 1		
Oversigt indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb for 2017 og 2018		
Antal	Akut	År
393	0	2017
39	1	2017
506	0	2018
43	1	2018

Bilag 2 - Mail fra EPJ kontoret

Hej Paarnaq

Jeg har vedhæftet et excel ark med data på indlæggelser.

Der er 4 tabeller. 2 af dem handler om indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb. Patienter i disse forløb tæller vi som hjertepatienter. Alle hjertepatienter bliver udredt på DIH. Om indlæggelsen er akut eller ej angives med 0 (ikke akut) og 1 (akut).

Tabel 1:

Viser antal indlæggelser for hjertepatienter (patienter i kardiologisk forløb). Der er tal fra 2017 og 2018 og det er angivet hvor mange af disse indlæggelser var angivet som akutte.

Tabel 2:

Viser fordelingen af byer hvori hjertepatienterne bor. Antallet er ikke justeret i forhold til indbyggertallet, men jeg ved heller ikke om det er noget du har planer om at se nærmere på.

Tabel 3:

Alle indlæggelser på DIH (Nuuk) for 2017 og 2018. Der er angivet om indlæggelsen er markeret som akut.

Tabel 4:

Alle indlæggelser fordelt på resten af landet for 2017 og 2018. Og om indlæggelsen var akut. Som du ser har nogle indlæggelser -1 ved akut. Dette er et problem med registreringen hvor klinikerne ikke får noteret om det er akut eller ej. Disse indlæggelser skal nok bare antages at være ikke-akutte. Så de kan lægges sammen med de andre ikke-akutte indlæggelser.

Jeg håber det passer med det du ønskede. Hvis du har spørgsmål er du selvfølgelig meget velkommen til at kontakte mig.

Venlig hilsen
Nils

DOKUMENTNUMMER: 22318	VERSION: 1	DOKUMENTANSVARLIG: MedOmLed	REDAKTØR: chds	GODKENDT AF: jelp, UWG, veds
NIVEAU:	DOKUMENTBRUGERE:	LÆSEADGANG: Alle	IKRAFTTREDELSESDATO: 05.02.2019	

Udskrivet er dokumentet ikke dokumentstyret.

Akut Koronart Syndrom (AKS)



- 1) Formål
 - 1.1) Definition
- 2) Fremgangsmåde
 - 2.1) Ved mistanke om AKS
 - 2.2) Initial behandling ved mistanke om AKS
 - 2.3) Vigtige differentialdiagnoser og brug af paraklinik
 - 2.4) Endelig diagnose
 - 2.5) Videre behandling
 - 2.6) Specielle forhold i regionerne
- 3) Dokumentation
- 4) Referencer og litteratur

1) Formål

At beskrive hvordan AKS diagnosticeres og behandles.

1.1) Definition

Akut Koronart Syndrom (AKS) defineres som enten

- Akut Myokardie Infarkt (AMI)
 - ST-Elevations Myokardie Infarkt (STEMI)
 - Non ST Elevations Myokardie Infarkt (N-STEMI)

eller

- Ustabil angina pectoris

Akut Myokardie Infarkt (AMI) karakteriseres ved

- 1) Evidens for myokardienekrose
 - Troponinforhøjelse
- 2) Klinisk evidens for myokardieiskæmi
 - Symptomer på iskæmi (brystsmerter af trykkende karakter evt. med udstråling, akut dyspnø mv.)
 - EKG forandringer (se senere)
 - Billeddiagnostisk evidens for regional dyskinesi af hjertemuskulaturen

2) Fremgangsmåde

2.1) Ved mistanke om AKS

Følgende undersøgelser tages på patienten:

- Vitalparametre: blodtryk BT, puls P, saturation SAT, respirationsfrekvens RF og temperatur TP
- EKG
- Rtg. thorax

- Blodprøver: troponin T/I, leukocytter, CRP, trombocytter og evt. differentialetælling (infektionstal), natrium, kalium, eGFR, kreatinin (væsketal), HbA1C, total, kolesterol, LDL, HDL, triglycerider (lipider)
- Evt. D-dimer
- Evt. A-gas

2.2) Initial behandling ved mistanke om AKS

- Trombocythæmning
 - Loading dosis Tbl. Magnyl 300 mg p.o.
 - Loading dosis Tbl. Cloriocard (clopidogrel) 600 mg p.o.
- Smertelindrende:
 - Nitroglycerin spray under tungen ved behov
 - Morfin ved behov 2,5-5 mg sc.
- Ilt på maske ved behov

Den initiale behandling iværksættes også ved patienter der i forvejen er i VKA eller NOAK behandling

2.3) Vigtige differentialediagnoser og brug af paraklinik

- Perikarditis
 - her laves følgende undersøgelser: EKG, anamnese, blodprøve infektionsparametre
- Aortadissektion
 - her laves følgende undersøgelser: Blodprøve d-dimer, rtg. thorax evt. CT aortografi eller EKKO
- Lungeemboli
 - her laves følgende undersøgelser: blodprøve d-dimer, a-gas
- Pneumoni
 - her laves følgende undersøgelser: blodprøver infektionstal, rtg. thorax
- Pneumothorax
 - her laves følgende undersøgelser: rtg. thorax
- Gastrit / dyspepsi
- Tumor
 - her laves følgende undersøgelser: rgt. thorax, evt. CT-thorax
- Muskelsmerter /traume
 - her laves følgende undersøgelser: rgt. thorax

2.4) Endelig diagnose

- STEMI
 - Troponinforhøjelse* og
 - EKG med ST-elevation: over 1 mm i 2 sammenhørende afledning. I V2-V3 er grænsen 1,5 mm for kvinder, 2 mm for mænd > 40 år og 2,5 for mænd < 40 eller
 - EKG med nyttilkommen venstresidig grenblok
- N-STEMI
 - Troponinforhøjelse* og
 - EKG med ST-depression eller
 - EKG med negative t-takker eller
 - Normal EKG
- Ustabil angina

- Normale troponiner* og
- EKG kan være normalt eller med tegn til belastning

* Troponinforhøjelse er tegn til myokardieskade, men det skal altid vurderes i forhold til det samlede billede da der er mange grunde til falsk troponinforhøjelse. Troponiner udskilles via urinen og nedsat nyrefunktion kan i sig selv give troponinforhøjelse.

Troponiner tages ALTID mindst 2 gange: altid ved tiden 0 og 3 timer og evt. igen efter 6-12 hvis to første negative.

Troponinforhøjelse afgøres ved positiv kvalitativ TroponinT (cTnT) på kysten (Roche >100 ng/L). Er den positiv blot en gang er der myokardieskade. Er den negativ gentages den som ovenfor nævnt.

2.5) Videre behandling

Alle patienter skal ved verificeret AMI have

- Klexane (enoxaparin) 1 mg/kg x 2 i 5-7 dage. Startes så snart diagnosen er verificeret. Ved fortsatte bryst smerter efter 5-7 dage opretholdes Klexane-behandling
- Patienter i behandling med Vitamin K-antagonist (VKA) med INR > 2,0 eller i behandling med Non-vitamin K antagonist Orale AntiKoagulantia (NOAK) kan fortsætte dette og skal IKKE behandles med klexane

STEMI pt. med symptomer <12 timer skal AKUT konfereres med medicinsk bagvagt på DIH mhp. indikation for trombolyse. Nedenstående doseringforslag af Actilyse (alteplase) taget fra pro.medicin.dk 5/3-2018:

- Ved symptomvarighed < 6 timer:
 - 15 mg i.v. som bolus
 - efterfulgt af 50 mg som infusion over 30 min.
 - efterfulgt af 35 mg som infusion over 60 min.
 - Ved vægt < 65 kg gives henholdsvis 15 mg, 0,75 mg/kg og 0,5 mg/kg.
- Ved symptomvarighed 6-12 timer:
 - 10 mg i.v. som bolus
 - efterfulgt af 50 mg som infusion over 60 min.
 - efterfulgt af 10 mg som infusioner over 30 min. til maksimalt 100 mg over 3 timer.
 - Ved vægt < 65 kg må totaldosis ikke overstige 1,5 mg/kg legemsvægt.

Trombolyse skal altid gives under tæt overvågning med telemetri og hjertestopperedskab. Stor risiko for rytmeforstyrrelser det første døgn pga. reperfusion; i tvivlstilfælde konfereres med Medicinsk Bagvagt på DIH.

- Tbl Magnyl 75 mg og Tbl Clorocard (clopidogrel) 75 mg dagligt, startende dagen efter der er givet loading dosis
- Tbl Lipistad (atorvastatin) 80 mg dagligt
- Ved bryst smerter trods relevant behandling kan man overveje infusion Nitroglycerin. Doseringsvejledning fra region hovedstaden kan ses i vedhæftet bilag
- Tbl. Metoprololsuccinat (metoprolol) 25 mg x 2 kan overvejes på 2. dag hvis hæmodynamisk stabil, men skal gives med yderst forsigtighed, da det kan forværre et evt. hjerteinfarkt udløst AV blok og hjertesvigt.
- Ekkokardiografi snarest efter diagnose

- Så vidt mulig skop/telemetri de først 4-5 dage
- EKG dagligt i 4-5 dage efter hjerteinfarkt, samt ved forværring.

Videre skal Medicinsk Bagvagt på DIH kontaktes ved ændringer som

- Nytilkomne EKG-forandringer i efterforløbet af infarkt
- Ustabilitet som hypotension, dyspnø, arytmier, manglende diureser og kreatininstigning

2.6) Specielle forhold i regionerne

Ovenstående behandling kan gennemføres på Kysten efter konference med medicinsk bagvagt, DIH. Den initiale behandling på mistanke gennemføres altid. Diagnosen skal sikres inden endelig behandling iværksættes.

Medicinsk bagvagt, DIH, kontaktes altid ved AKS mhp. koordinering af videre plan. Herunder dato for transport til Nuuk. Der laves henvisning til medicinsk afdeling, DIH, og efter ca. 7 dage kan pt. transporteres til DIH med faglig ledsager mhp. videre behandling.

Medicinsk bagvagt kan kontaktes på telefonnummer: 55 95 57 eller mail: medicinskbagvagt@peqqik.gl

3) Dokumentation

Differentialdiagnoser, observationer, undersøgelser og behandlingstiltag dokumenteres løbende som journalnotater i EPJ Cosmic af den ansvarlige læge for patientforløbet.

4) Referencer og litteratur

Cardio.dk - Akut koronart syndrom: <https://www.nbv.cardio.dk/aks>

Pro.medicin.dk - actilyse: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/1180>

VIP.regionh.dk - Glycerylnitrat - Kardiologisk medicin:

[https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/130938.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-AW6H4K/\\$FILE/Glycerylnitrat%20-%20blandingssekema%20ti%20100%20ml.pdf](https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/130938.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-AW6H4K/$FILE/Glycerylnitrat%20-%20blandingssekema%20ti%20100%20ml.pdf)

Bilag 4 - Søgeproces

Databas e/Søgem askine	Søgeord	Begrænsning er	Resultater	Dato for søgning	Artikel / Bog	Evaluering
stat.gl	Usystematisk søgning. Klikket på forskellige tabeller, for at finde indlæggelser i forb. med kardiologiske forløb.		0	14/2-19	Ingen data om indlæggelser i forb. med kardiologiske forløb.	
nun.gl	Usystematisk søgning.		0	14/2-19	Ingen data om indlæggelser i forb. med kardiologiske forløb.	
Landspatientregisteret	Usystematisk søgning.		0	14/2-19	Ingen data om grønlandske patienter med iskæmisk hjertesygdom.	
EPJ kontoret	Været i kontakt med EPJ kontoret over mail.		1	5/3-19	Bilag 2 + Bilag 3.	Viser alle indlæggelser i forbindelse med kardiologiske forløb i Grønland.
peqqik.gl	Usystematisk søgning. Klikket på forskellige overskrifter.		6	7/5-19	<p>“Grønlands sundhedsvæsen - udfordringer for fremtiden 2010”</p> <p>“Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne”</p> <p>“Redegørelse af muligheden for at etablere et rådgivnings- og rehabiliteringscenter i Grønland 2016”</p> <p>Patientinformation - indlæggelse.</p> <p>“Redegørelse om sundhedsreformen, 2010”</p> <p>“Sundhedsstrategien 2014”</p>	Indblik i sundhedsvæsenets ydelser, udfordringer i sundhedsvæsenet, fremtidsudsigter om rehabiliteringscenter, manglende hjerteafdelinger i Grønland.
Uni Bibliotek	Tilfældig søgning blandt bøger.		3	20/5-19	Kandidatspeciale “Når kroppen bliver en anden”	Giver indblik i, patientens oplevelse af at have en usynlig

					Bog " <i>Grønlandske sygeplejersker fortæller</i> " " <i>Akut myokardieinfarkt. Vejledende plejeplan. Et hjælpemiddel i den daglige pleje.</i> "	kronisk hjertesygdom samt vagtbyrde og travlhed hos sygeplejersker i Grønland. Den sidste er brugt i perspektivering.
Uni Bibliotek	Iskæmisk hjertesygdom	Eksklusion: De psykosociale som risikofaktorer for udvikling af iskæmisk hjertesygdom samt forebyggelse.	2	22/5-19	0 relevante.	
Uni Bibliotek	Blodprop i hjertet	Eksklusion: Rehabilitering, ægtefællers oplevelser.	6	20/5-19	Kandidatspeciale " <i>Hjertets ulidelige smerte</i> ".	Ej anvendt i projektet, men skimmet igennem.
Uni Bibliotek	Hjertepatienter	Eksklusion: livsstilsændringer, retningslinjer der er mere end 10 år gamle.	6	20/5-19	Et bachelorprojekt " <i>Sundhedsfremmende sygepleje til hjertepatienter</i> "	Ej anvendt i projektet, men har givet inspiration til opgaveskrivning.
Uni Bibliotek	Sygepleje til hjertepatienter		1	20/5-19	Et bachelorprojekt " <i>Sundhedsfremmende sygepleje til hjertepatienter</i> "	Ej anvendt i projektet, men har givet inspiration til opgaveskrivning.
Uni Bibliotek	Hjertesygdom	Gentagelse af de forrige eksklusioner.	15	20/5-19	0 relevante.	
Google	Hjertesygdom i Grønland	Knr, kamikposten, mumier...	45.700	20/5-19	Søgning for bred.	
Google	Iskæmisk hjertesygdom Grønland	Gentagelse af eksklusioner.	5770	20/5-19	Søgning for bred.	
Google	Sygdomsbyrden		7620	7/6-19	" <i>Sygdomsbyrden i Danmark</i> "	Dårlig mental sundhed er forbundet med flere genindlæggelser og øget morbiditet.

Google	Hjerte forløbsprogram		16.200	12/6-19	"Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme"	Et indblik i hvordan et forløbsprogram ser ud i hospitalet.
dsr.dk	Blodprop i hjertet		109	20/5-19	"Information til patienter med blodprop i hjertet" "Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren" "AMI patienter har øget risiko for depression"	Problemstillinger i patientperspektivet .
dsr.dk	Sygepleje til hjertepatienter	Eksklusion: Telemedicin, Rehabilitering fra årgang 1999, Livsstilsændringer, ICD, sygepleje til borgere i eget hjem, hospice.	111	20/5-19	0 relevante.	
dsr.dk	Iskæmisk hjertesygdom	Eksklusion: kostråd, arbejdsvilkår, dyslipidæmi.	33	20/5-19	De samme som forrige søgning. "Information til patienter med blodprop i hjertet" "Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren" "AMI patienter har øget risiko for depression"	Problemstillinger i patientperspektivet .
dsr.dk	Det grønlandske sundhedsvæsen		54	23/5-19	"Kendetegn ved sygeplejepraksis i mindre byer og bygder i Grønland"	Belyser problemstillingen om fastholdelse og rekruttering af personale.
si-folkesundhed.dk	Klikket på "befolkningsundersøgelser" og "rapporter"		62	26/4-19	"Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018"	Hjertekarsygdomme i Grønland.
herteforeningen.dk	Iskæmisk hjertesygdom Hjertebogen		44	4/5-19	Fakta om hjerte-karsygdom i Danmark. "Hjertebogen"	Tal på, hvor mange der dør, lider eller lever med iskæmisk hjertesygdom og patientperspektivet

						af at være hjertesyg.
sst.dk	Hjertesygdom		204	20/5-19	<i>Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom</i>	Hvilke anbefalinger der findes i Danmark til hjertesyg.
who.int	Klikket på "cardiovascular disease" under health topics.		1	30/4-19		Tal på, hvor mange der dør om året af hjertekarsygdomme verden over.
Cinahl	ischemic heart disease OR ischaemic heart disease OR acute myocardial infarction OR acute myocardial infarcts OR ami OR angina pectoris AND psychosocial support OR emotional support OR psychosocial factors or psychosocial impacts or psychosocial effects AND rehabilitation		115	8/5-19	<i>"It is not just a Minor Thing - a phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation."</i>	Patientoplevelser af, at få diagnosticeret iskæmisk hjertesygdom.
Cinahl	ischemic heart disease OR ischaemic heart disease OR acute myocardial infarction OR acute myocardial infarcts OR ami OR angina pectoris AND psychosocial impact OR crisis OR crisis theory OR crisis intervention		52	22/5-19	<i>"Family centered care after myocardial infarction."</i>	Patienters og pårørendes oplevelser af, at få blodprop i hjertet.

Bilag 5 - Cinahl søgeprofil

Print Search History: EBSCOhost

08/05/19 13.24



Wednesday, May 08, 2019 11:24:07 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	115
S6	rehabilitation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	156,075
S5	S1 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	804
S4	S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	421,367
S3	psychosocial factors or psychosocial impacts or psychosocial effects	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	385,984
S2	psychosocial support	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	66,004

S1	ischemic heart disease or ischeamic heart disease or acute myocardial infarction or acute myocardial infarcts or ami or angina pectoris	Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	22,191
----	---	-------------------------------	---	--------

Bilag 6 - Cinahl søgeprofil

Print Search History: EBSCOhost

22/05/19 21.08



Wednesday, May 22, 2019 7:06:21 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	S1 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	52
S6	S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	23,656
S5	crisis intervention	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	3,721
S4	crisis theory	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	164
S3	crisis	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	21,606
S2	psychosocial impact	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	2,072

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?...mNoTWkZT1TdGFuZGFyZCZaXRIPWob3N0LWxpdmU%3d&theSearchHistoryId=>

Side 1 of 2

S1	ischemic heart disease or ischeamic heart disease or acute myocardial infarction or acute myocardial infarcts or ami or angina pectoris	Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL with Full Text	22,246
----	---	-------------------------------	--	--------

Bilag 7 - Vurdering af artikel

Vurdering af kvalitative videnskabelige artikler



Vurdering af kvalitative videnskabelige artikler

For at springe frem og tilbage i indtastningsfelterne bruges Piletasterne-tasten, op/ned

(Ved rækken publikationsår/volume/nummer og side – brug TAB/shift-TAB)

Hovedelementer i en kvalitativ videnskabelig artikel

- Resume
- Introduktions- eller baggrundsafsnit
- Metodeafsnit
- Analyse, diskussion og fortolkning
- Konklusion
- Referencer

OBS rækkefølge kan være anderledes/der kan være andre overskrifter.

En **kvalitativ** videnskabelig artikel kan vurderes på forskellige måder – i det følgende præsenteres en række relevante punkter, man kan tage med i sin vurdering

Forfatter(e) og tidsskrift

Forfatter/forfattere (navn, uddannelse, arbejdssted)

Charlotte P. Simoný (PhD, Aarhus Universitet og Slagelse Hospital, DK); Pia Dreyer (PhD, Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital); Birthe D. Pedersen (PhD, Syddansk Universitet); Regner Birkelund (Dr. Phil, Syddansk Universitet).

Titel på artikel

It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation.

Tidsskrift

Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Publikationsår

Volume

Nummer

Sider

2017

31

232-240

Emneord (søgeord, key words)

Ischemic heart disease, ischaemic heart disease, acute myocardial infarction, acute myocardial infarcts, ami, angina pectoris, psychosocial support, emotional support, psychosocial factors, psychosocial impacts, psychosocial effects.

Artiklens målgruppe

Vurdering af kvalitative videnskabelige artikler



Plejepersonalet i sundhedsvæsenet.

Er artiklen peer reviewed (referee bedømt)

Ja.

Introduktion
Formålet med artiklen
At opnå dybere forståelse for, hvordan patienter med mindre hjerteanfald oplevede deres livssituation.
Hvad er fokus/hvilke forskningsspørgsmål stilles
Fokus er patienternes oplevelse i forhold til iskæmisk hjertesygdom.
Hvilket teoretisk afsæt har forfatter/forfattere evt. angivet i artiklen (forforståelse)
Fænomenologisk-hermeneutisk fortolkning. Inspireret af den franske filosof Paul Ricoer's teori om fortolkning, hvor 3 analytiske fortolkningsfaser blev anvendt.
Metode
Datagenereringsmetode (interview, (deltager)observation, andre kilder: skriftlige, auditive etc.)
Først semi strukturerede interview med 3 fokusgrupper samme dag som hjerterehabiliteringsprogrammet sluttede og derefter individuel interview med de samme hjertepatienter 1-2 måneder efter endt hjerterehabiliteringsprogram.
Hvem deltager (udvælgelse)
11 dansktalende patienter (9 mænd og 2 kvinder) mellem 59-87 år, der er diagnosticeret ustabil angina eller NSTEMI.
Hvor finder datagenerering sted
I patienternes eget hjem eller i hospitalet, alt efter patienternes ønske.
Hvordan er data fastholdt (feltnotater, video, båndoptager, transskribering)
Transskribering.
Hvordan og af hvem er data organiseret (evt. vha. computerprogram?)
Dataindsamling blev udført af primærforfatteren i et dansk hospital fra 2012-2013. Patienterne med UAP eller NSTEMI blev inviteret til at deltage i et hjerterehabiliteringsprogram og psykosocial undervisning.
Forfatterens / forfatternes etiske overvejelser
Undersøgelsen blev rapporteret til Region Sjælland og deres krav om sikker opbevaring af data blev fulgt. De etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i de nordiske lande blev også fulgt. Patienten fik mundtligt og skriftligt information om undersøgelsen og gav deres skriftlige samtykke til at deltage i undersøgelsen.
Analyse, diskussion og fortolkning
Hvordan er analyse, diskussion og fortolkning struktureret (hvad er de centrale omdrejningspunkter)
Der er anvendt 3 analytiske fortolkningsfaser. De 3 faser består af: naiv læsning, hvor teksten læses

Vurdering af kvalitative videnskabelige artikler



igennem flere gange for at opnå forståelse; strukturel analyse, hvor teksten struktureres og uddrages i temaer; og kritisk fortolkning, hvor teksten skal via kritisk fortolkning tillægges betydning.

Anvender forfatter(e) andres teorier/begreber i analyse, fortolkning og diskussion. Hvis ja hvilke?

Overgangsteori af Alfaf Meleis, filosofi om eksistential forandring af Martin Heidegger og integritetsfilosofi af Peter Kemp.

Udvikler forfatter(e) nye teorier/begreber på baggrund af empirien. Hvis ja hvilke?

Der opstod 3 temaer: difficulty accepting the disease, understanding that life has become frail og an altered life.

Konklusion

Artiklens konklusion

Artiklen belyser, at patienter med mindre hjerteanfald oplever dødsangst og hjælpeløshed og sårbarhed. Patienterne er tvunget til at lære at leve med en ny virkelighed, hvor oplevelsen af glæde og meningsfuldhed er forandret og udfordret. Patienterne har brug for støtte. Sygeplejersker må have øget fokus på patienternes integritet, som forventes at være sårbar under hjerterehabilitering. At være sammen med medpatienter har betydning for patienternes overgangsstadier. Derfor er det også vigtigt med fælles støtte fra medpatienter.

Egen diskussion og vurdering af artiklen, herunder en vurdering af betydningen for klinisk praksis

Er det teoretiske og empiriske grundlag velbeskrevet

Er de kvalitative metoder velegnet til at undersøge, det man vil undersøge

Er forskerens rolle velbeskrevet

Er der sammenhæng mellem spørgsmål, metode, analyse og fortolkning

Er fortolkningen tilstrækkeligt underbygget af de empiriske data

Er konklusionen overbevisende og holder argumenterne

Reflekterer forfatter tilstrækkeligt over: egen forforståelse, metoder, teori, empiri, analyse og fortolkning, egen rolle

Hvad er de største svagheder og styrker ved artiklen

Er artiklens indsigter relevante for klinisk praksis

Hvad er overførbarheden af artiklens indsigter

Referencer

Malterud, Kirsti 2003 Kvalitative metoder i medicinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget Morse, Janice M. 1991 Evaluating Qualitative Research. Qualitative Health Research. 1(3): 283-286

