

Vårdarens beredskap och bemötande i den prehospitala vården av patienten med hjärtinfarkt

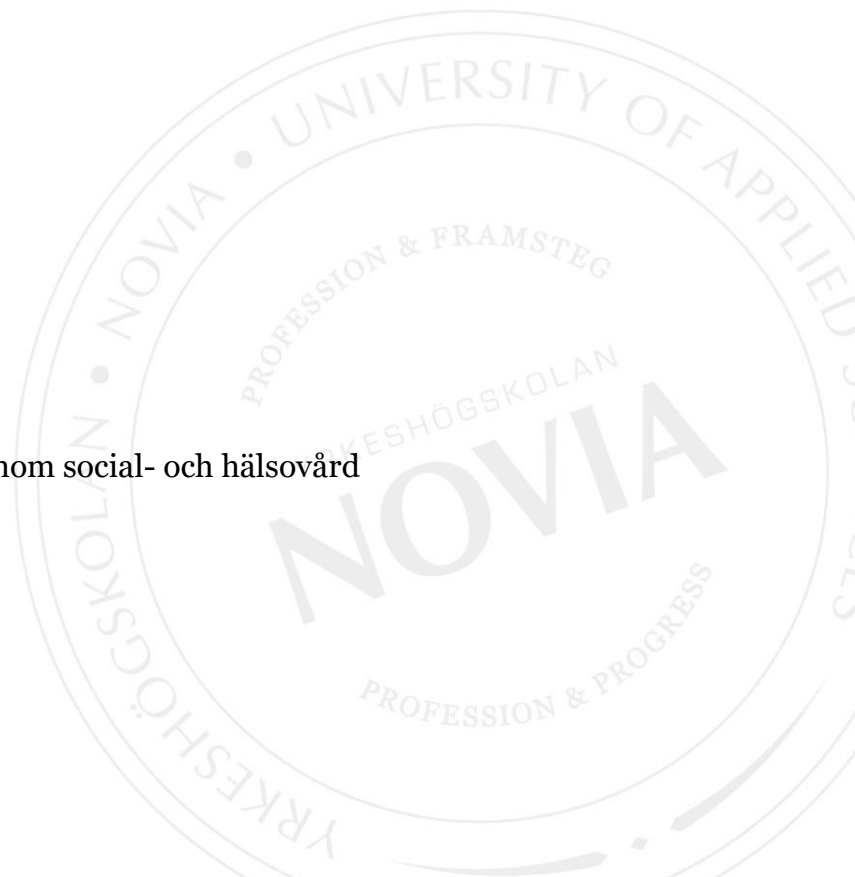
En litteraturstudie

Kim Eriksson

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Kim Eriksson
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Lisen Kullas-Nyman, Anita Wikberg

Titel: Vårdarens beredskap och bemötande i den prehospitla vården av patienten med hjärtinfarkt

Datum: 31.5 2017

Sidantal: 30

Bilagor:1

Abstrakt

Syftet med examensarbetet var att sammanställa tidigare forskning om bemötandets och kommunikationens betydelse för helhetsvården prehospitalt av patienten med hjärtinfarkt. Frågeställningarna som användes i examensarbetet var hur en patient med hjärtinfarkt vårdas prehospitalt, vilken betydelse bemötandet av en patient med hjärtinfarkt har samt vilken betydelse information till patienten har i det akuta skedet av en hjärtinfarkt.

Arbetet är en litteraturstudie. Respondenten har analyserat nio artiklar som handlar om bemötandet och kommunikationen med patienten som genomgår en hjärtinfarkt. De inkluderade artiklarna fokuserar på kommunikation eller bemötandet av en patient med hjärtinfarkt. Artiklar som enbart har fokuserat på den medicinska behandlingen har exkluderats.

I resultatet framkommer att bemötande och kommunikation kan spela en betydande roll i vårdandet av patienten med hjärtinfarkt. Konsekvenser av dåligt bemötande kan vara ökat syrebehov i hjärtmuskeln och konsekvenser av dålig kommunikation kan bli utebliven livsstilsförändring efter genomgången hjärtinfarkt. Respondenten anser att betydelsen av hur man integrerar gott bemötande i en akut medicinsk bedömning borde poängteras mera i utbildningen eftersom ett gott bemötande har stor betydelse för helhetsvården.

Språk: Svenska Nyckelord: hjärtinfarkt, kommunikation, ambulans, bemötande, vård

BACHELOR'S THESIS

Author: Kim Eriksson
Degree Program: Nurse, Vaasa
Supervisors: Lisen Kullas-Nyman, Anita Wikberg

Title: Nurses preparedness and treatment in the prehospital care of the patient with myocardial infarction

Date: 31.5 2017 Number of pages: 30

Appendices: 1

Summary

The purpose of this thesis was to compile previous research on the importance of treatment and communication for the overall care of prehospital patients with a myocardial infarction. The questions used in the thesis work were how a patient with myocardial infarction is treated prehospitally, what significance the treatment of a patient with myocardial infarction has and the importance of information given to the patient at the acute stage of a heart attack. The work is a literature study.

The respondent has used nine articles regarding the treatment and communication with the patient who undergoes a heart attack. The included articles focus on communication or the treatment of a patient with myocardial infarction. Articles that have focused solely on the medical treatment have been excluded.

The result shows that treatment and communication can play a significant role in the care of the patient with myocardial infarction. Consequences of poor treatment may be an increased need for oxygen in the heart muscle and consequences of poor communication may be lacking in lifestyle changes following a heart attack. The respondent believes that the importance of integrating good treatment in an emergency medical assessment should be emphasized more in education because a good treatment is of major importance for overall care.

Language: English

Key words: heart, myocardial infarction, caring, pre-hospital, ambulance, communication

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
4	Teoretisk bakgrund	4
4.1	ST-höjningsinfarkt	5
4.1.1	Symtombild.....	5
4.1.2	Kliniska fynd.....	5
4.1.3	EKG-kriterier	6
4.2	Icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI)	6
4.2.1	Symtombild.....	6
4.2.2	Kliniska fynd.....	6
4.2.3	EKG-kriterier	7
4.3	Behandling vid ST-höjningsinfarkt(STEMI) prehospitalt.....	7
4.4	Behandling vid icke ST-höjningsinfarkt(NSTEMI)	8
5	Differentialdiagnoser	9
6	Övriga faktorer som kan bidra till kranskärslsjukdom	9
6.1	Diabetes mellitus och hjärtinfarkt.....	9
6.2	Mikrobers betydelse.....	10
7	Perkutan coronar intervention (PCI) eller trombolys	10
8	Metod	11
8.1	Litteraturstudie.....	11
8.2	Datainsamling.....	12
8.3	Kvalitativ analys av data.....	13
9	Etiska överväganden.....	13
10	Resultatredovisning.....	14
10.1	Kommunikation	14
10.2	Kommunikation vid överlämnade.....	15
10.3	Bemötande.....	15
10.4	Hur man skapar en lyckad vårdrelation	16
11	Tolkning av resultat.....	18
11.1	Medicinsk behandling	18
11.2	Bemötandet.....	20
11.3	Kommunikation.....	21
12	Kritisk granskning.....	23
12.1	Perspektivmedvetenhet	23

12.2	Etiskt värde	24
12.3	Struktur.....	24
13	Diskussion	24
14	Källförteckning	27

Bilageförteckning

Bilaga 1 Tabell över valda artiklar

1 Introduktion

Att råka ut för en hjärtinfarkt är väldigt traumatiserande för patienten. De flesta patienter upplever panikkänslor och dödsångest. Det är därför mycket viktigt att bemöta patienterna på ett bra sätt och behandla dem med respekt. Som sjukskötare är man skyldig att ge patienten information om vad man kommer fram till genom den kliniska undersökningen. Det blir viktigt hur man förmedlar informationen och hur man kommunicerar för att patienten skall uppleva bemötandet som positivt. Därför kommer jag att med detta arbete studera betydelsen av rätt information i det akuta skedet till hjärtinfarkts patienten.

”Sjuksköterskan ansvarar för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling (ICN, 2014)”.

Finns där! Ta ögonkontakt, lugna ner situationen, fråga vilka känslor patienten har/upplever. Håll patientens hand och lyssna. Bry dig om (Debbie 2004)!

En hjärtinfarkt beror på att blodkärlen som går till hjärtat täpps igen och kan därför inte leda tillräckligt med syre till hjärtat. En hjärtinfarkt är livshotande och du behöver omedelbar vård. Behandlingen går ut på att lösa upp den blodpropp som täppt till ett kranskärl så att blod kan passera. Detta kan göras med blodproppslösande läkemedel, PCI eller med öppen operation (Karlsson & Nestor 2013).

Patienten har oftast hunnit bli smärtfri vid ankomsten till akuten. Bröstsmärtorna debuterar oftast i samband med ansträngning, med eller utan utstrålning i armar, hals eller käke. Smärtorna avtar vid vila (Lind & Olsson & Säfwenberger 2005, 82).

Bröstsmärta är ett vanligt symtom på akutmottagningen. Bröstsmärtans styrka måste inte nödvändigtvis vara i relation till sjukdomens allvarlighetsgrad (Mäkijärvi & Harjola & Päivä & Valli & Vaula 2015, 75).

Förutom ST-höjningar så kan man under ett belastnings-EKG få sådana avvikelser på EKG som visar på att en allvarlig koronarsjukdom kan föreligga. I dessa fall bör man noga överväga akuta undersökningar av patienten då det kan föreligga hög risk för akuta koronarhändelser (Jern 2010, 59.)

Kranskärslssjukdom är ett stort hälsoproblem i alla utvecklade länder. För behandling av kranskärslssjukdom används cirka 10% av hälso- och sjukvårdsresurserna. På finska sjukhus behandlas årligen cirka 10000 patienter med hjärtinfarkt (THL, 2014).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att reda ut den bästa prehospitala omvårdnaden av patienten med hjärtinfarkt. Som sjukskötare inom förstavården kommer man att möta patienter som drabbats av en hjärtinfarkt och det är då viktigt att veta hur den bästa omvårdnaden ges.

Forskningsfrågorna som ställs är:

- Hur vårdas en patient med hjärtinfarkt prehospitalt?
- Vilken betydelse har bemötandet av en patient med hjärtinfarkt?
- Vilken betydelse har informationen till patienten i det akuta skedet av en hjärtinfarkt?

3 Teoretisk utgångspunkt

Respondenten har valt att använda Patricia Benners teori om sjukskötarens kompetens utveckling från novis till expert.

3.1 Från nybörjare till expert

Patricia Benners teori modell för sjukskötarens kompetens utveckling, Från Novis till Expert (2001), beskriver hur kunskap och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjukskötarens i hennes yrkesroll och yrkeskompetens. Benner menar att sjukskötarens kunskaps- och kompetensutveckling sker i fem olika stadier: (Benner, 2001).

3.2 Benners fem stadier

Steg 1 Nybörjare: Till nybörjare räknas en sjukskötare som är inne på sitt första eller andra studie år. Nybörjaren har en väldigt begränsad förmåga att förutse vad som kommer att hända i en vård situation. Tecken och symptom, som till exempel förändringar i medvetande graden, kan nybörjaren känna igen först när hon har vårdat patienter med liknande symptom (Benner, 2001).

Steg 2 Avancerad nybörjare: Detta är den nyutexaminerade sjukskötaren som nätt och jämt kan uppvisa godtagbara prestationer. De avancerade nybörjarna har liksom nybörjaren inte förmågan att se helheten men börjar dock bli medvetna om återkommande betydelsefulla mönster i sitt kliniska arbetet (Benner, 2001).

Steg 3 Kompetent: Den kompetenta sjukskötaren har arbetat en längre tid på samma ställe är nu medveten om sina egna handlingar på ett mer långsiktigt plan. Den kompetenta sjukskötaren känner igen mönster i kliniska situationer snabbare och bättre än den avancerade nybörjaren (Benner, 2001).

Steg 4 Skicklig: Den skickliga sjukskötaren kan uppfatta situationer som helheter istället för delar. Den skickliga sjukskötaren vet av erfarenhet vilka händelser som inträffar normalt i en given vård situation och kan ändra planerna som svar på olika händelser. Sjukskötaren uppfattar avvikelser från det normala och upplever inte beslutsfattande som ansträngande längre (Benner, 2001).

Steg 5 Expert: Expert sjukskötaren kan känna igen behov och resurser i vård situationer och uppnå sina mål. Sjukskötaren vet vad som måste göras. Sjukskötaren har nu speciella färdigheter och fokuserar snabbt på vad som är viktigast i situationen och behöver inte spilla tid på att analysera olika symptom. Sjukskötaren behöver alltså inte längre enbart förlita sig olika regler för att få en uppfattning av situationen. Experten har en djup förståelse av den totala situationen och kan se för sitt inre vad som är möjligt (Benner, 2001).

4 Teoretisk bakgrund

Ischemisk hjärtsjukdom innebär att hjärtmuskeln får för lite syre på grund av ett sjukligt tillstånd. Orsaken till ischemisk hjärtsjukdom beror vanligtvis på åderförkalkning i hjärtats kranskärl. Vid åderförkalkning lagras blodfetter in i kranskärlens väggar. Detta leder till att en inflammatorisk process startar och det bildas bindväv i kärlen. Det uppstår en utbuktning inuti blodkärlet där detta uppstår. Detta område kallas plack. Om detta plack är i en artär och orsakar förträngning kallas det stenosis. Följden av detta blir att det blir trängre i blodkärlet och mängden syrerikt blod som kan passera minskar. Om det blir så trångt att hjärtmuskeln får för lite syre, uppstår ischemi. Denna typ av syrebrist kallas angina pectoris, på svenska kärlkramp. Ett plack kan också tyvärr spricka. Om detta sker inuti placket kan små blödningar uppstå. Detta gör i sin tur att placket börjar växa och orsakar en ännu värre förträngning med en ännu sämre blodgenomströmning som resultat. Om placket istället spricker på ytan uppfattar kroppen detta som ett sår och startar sin normala reaktion på ett sår, dvs. att trombocyter aktiveras för att läka såret. Detta har dock en stor nackdel som kroppen inte tog i beaktande när den reparerade såret. Placket i kärlet har nu blivit ännu större med ännu sämre genomströmning som resultat och så finns det en stor risk för att koagel lossnar och far iväg med blodströmmen och fastnar längre ner i kranskärl. Koagel som lossnar (embolier) kan orsaka total stopp i ett kärl. En total igentäppning orsakar akut syrebrist i det område som det tilltäppta kranskärl försörjer och leder till att området bortom tilltäppningen dör. Detta kallas hjärtinfarkt (Wikström 2014, 243-245).

En stockad ven orsakar syrebrist i vävnaden. Ju längre blodflödet blockeras, desto större blir skadorna. Hjärtmuskelceller börjar dö mer eller mindre omedelbart, och skadan blir värre från minut till minut (Tammerfors universalsjukhus 2016).

Ett dåligt bemötande leder ofta till att patienten inte berättar viktiga eller känsliga saker om sig själv. Det kan även leda till att patienten inte vågar ställa frågor. Det kan ligga stora och långsiktiga vinster i att skapa en god vårdrelation till patienten. En patient som känner att han har blivit bra bemött och fått tillräcklig och saklig information blir en självständigare patient som bättre kan sköta sin egenvård och sitt dagliga liv. Detta i sin tur leder troligen till att patienten inte behöver lika täta vårdbesök och minskar då även på vårdpersonalens arbetsbelastning (Jakobsson, 2007).

4.1 ST-höjningsinfarkt

I de flesta fall uppstår en ST-höjningsinfarkt till följd av en ruptur eller fissur av ett aterosklerotiskt plack i kranskärlen. Rupturen leder till att kroppens trombocyt och koagulationsmekanismer aktiveras, som i sin tur leder till akut trombos bildning som helt och hållet täpper till blodflödet i kärlet. Tromben leder mycket snabbt till ett område som syresätts av det av tromben blockerade kärlet drabbas av ischemi och inom några minuter cellnekros (Held, 2016).

4.1.1 Symtombild

Blek och kallsvettig hud måste alltid tas på allvar, då detta signalerar att patienten har en cirkulatorisk påverkan. Är patienten en kvinna skall man vara extra observant och misstänka problem från hjärtat trots att symtomen inte alltid är klara, detta eftersom kvinnans symtombild kan vara mycket diffusare än mannens. Viktigt att veta är att kärlekskramp uppkommer vid ansträngning och är övergående men hjärtinfarkt kan även komma vid vila och är inte övergående (Wikström, 2014, 247).

Typiska symtom för en hjärtinfarkt är en central ihållande bröstsmärta som ofta strålar ut mot hals, käke, axlar eller armar. Även kallsvettning, illamående, ångest, andfåddhet, matthet, svaghet och svimning är vanligt förekommande symtom. Lungödem kan även förekomma. Viktigt att förstå är att avsaknad av den karakteristiska bröstsmärtan inte utesluter en hjärtinfarkt. Fysisk ansträngning eller psykisk anspänning är ofta den utlösande faktorn men symtomen kan även uppträda under vila (Held, 2016).

4.1.2 Kliniska fynd

ST-höjningsinfarkt har tre typiska fynd.

1. Den typiska symtom bilden.
2. EKG visar ST-höjningar, Q-vågsutveckling är även vanligt förekommande.
3. Förhöjda biokemiska infarktmarkörer (Held, 2016).

4.1.3 EKG-kriterier

ST-höjning i lokaliserade avledningar. En patologisk Q-våg eller en patologisk R-progression (Held, 2016).

Under infarktförloppet förändras EKG bilden i olika faser:

1. En tydlig ST-höjning syns. En patologisk Q-våg utvecklas.
2. Normalisering av ST-sträckan, T-vågen inverteras.
3. T-vågens normalisering inleds.
4. ST-T-segmentet fullständigt normaliserat. Kvar finns en patologisk Q-våg (Held, 2016).

4.2 Icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI)

I de flesta fall uppstår instabil angina och icke ST-höjningsinfarkt till följd av en ruptur eller fissur av ett aterosklerotiskt plack i kranskärnen. Rupturen leder till att kroppens trombocyt och koagulationsmekanismer aktiveras, som i sin tur leder till akut trombos bildning som delvis täpper till blodflödet i kärlet eller tillfälligtvis orsakar en total blockering av kärlet. Tromben leder mycket snabbt till ett område som syresätts av det av tromben blockerade kärlet drabbas av ischemi och risk för cellnekros uppstår (Held, 2016).

4.2.1 Symtombild

Ofta retrosternal, kramande diffust tryck eller smärta. Dyspné kan också vara ett symptom. Vanligt är att bröstsmärtan strålar ut mot hals, käke (särskilt i tänderna), vänster axel, vänster arm och ut mot ryggen. Uppkomsten av vilångina inom de fyra senaste veckorna kan tyda på NSTEMI. Samtidig trötthet är inte heller ovanligt. NSTEMI kan även visa sig som akut insjuknande i centrala bröstsmärtor (Held, 2016).

4.2.2 Kliniska fynd

Icke-ST-höjnings infarkten uppvisar de typiska symtomen med eller utan EKG-förändringar. De biokemiska infarktmarkörerna kan vara förhöjda men dock under värdena för hjärtinfarkt. EKG: ST-sänkning eller T-vågs inversion, dock aldrig ST-höjning eller ny debuterad Q-våg. Minst två biokemiska markörer av Troponin –T/-I bör vara förhöjda till nivåer över belutsgränsen för hjärtinfarkt (Held, 2016).

4.2.3 EKG-kriterier

EKG kan uppvisa ST-T förändringar så som ST-sänkning eller T-vågs inversion (Held, 2016).

4.3 Behandling vid ST-höjningsinfarkt(STEMI) prehospitalt

Undersökningen bör innefatta blodtryck, puls, saturation, EKG, temperatur, anamnes och kliniskundersökning. Behandlingen består av syrgas, halvsittande läge, sättandet av en perifer ven kateter, smärtlindring med läkemedel(nitroglycerin, opioder, eventuellt betablockad), blodförtunnande läkemedel. Det är viktigt att förstå att det spelar stor roll i vilken ordning olika åtgärder utförs. Det är till exempel bättre att kontrollera patientens saturation innan man ger syrebehandling, annars vet man inte vilket saturationsvärde patienten hade som utgångsläge. Puls och RR bör även mätas innan man ger nitroglycerin eller betablockad. Kan man få ett EKG så länge patienten är smärtpåverkad är det bra eftersom EKG kan ändras väldigt snabbt. De flesta ambulanser kan överföra ett taget EKG till läkare eller kardiolog med epost i dag. När undersökningen är klar konsulteras läkare över telefon och läkaren beslutar om fortsatt behandling (Wikström, 2014, 248).

Smärtlindring är mycket viktigt på grund av att smärta aktiverar det sympatiska nervsystemet och får blodådrorna att dra ihop sig, vilket i sin tur ökar på belastningen för hjärtat. Intravenös administrering av opiater är det vanligaste sättet att lindra smärtan. Antiemetikum kan administreras tillsammans med opiater för att undvika illamående. Oxygen skall ges med mask åt patienter som har svårt att andas eller lider av hypoxi. Ångest hör även till symtomen som bör lindras men det krävs sällan annat än opiater men om det inte hjälper kan man behöva ge lugnande läkemedel (Steg, et al. 2012).

Det är effektivare att administrera nitrater intravenöst än att ge dem sublingualt med tanke på symptom lindring. Dosen kan ökas tills symtomen lättar om blodtrycket medger det eller andra biverkningar uppstår (Roffi, et al. 2015).

Betablockerare används för sänka pulsfrekvensen, blodtrycket och hjärtmuskeln kontraktion och därmed minska hjärtmuskeln behov av syre (Roffi, et al. 2015).

Aspirin är ett blodproppshämmande läkemedel som förhindrar att blodplättarna, trombocyterna, klumpar ihop sig och bildar proppar i kärlen. Den rekommenderade dosen per os är 150-300mg och rekommenderad intravenös dos är 150mg. Ingen uppföljning av dess effekt är nödvändig (Roffi, et al. 2015).

Brilique ges tillsammans med acetylsalicylsyra för att förhindra aterotrombotiska händelser under en hjärtinfarkt (Roffi, et al. 2015).

Lågmolekylärt heparin ges åt patienter då det minskar på blodets förmåga att levra sig (Roffi, et al. 2015).

4.4 Behandling vid icke ST-höjningsinfarkt(NSTEMI)

Målet med farmakologisk anti ischemisk behandling är att minska på hjärtmuskelns syrebehov (sänkt puls, sänkt blodtryck, minska på hjärtats preload) eller att öka syretillförseln till hjärtmuskeln (administrering av Oxygen eller vasodilation). Om de ischemiska symtomen inte snabbt minskar med denna behandling rekommenderas omedelbar coronal angiografi. Oxygen skall ges först när saturationsvärdet är 90% eller lägre eller om patienten har andningssvårigheter. Om patienten inte får hjälp av nitrater och betablockerare är det bra att ge opiater som smärtlindring (Roffi, et al. 2015).

Det är effektivare att administrera nitrater intravenöst än att ge dem sublingualt med tanke på symptom lindring. Dosen kan ökas tills symtomen lättar om blodtrycket medger det eller andra biverkningar uppstår. Efter att symtomen försvunnit finns ingen indikation på att fortsätta med nitrat administrering (Roffi, et al. 2015).

Betablockerare används för sänka pulsfrekvensen, blodtrycket och hjärtmuskelns kontraktion och därmed minska hjärtmuskelns behov av syre (Roffi, et al. 2015).

Aspirin är ett blodproppshämmande läkemedel som förhindrar att blodplättarna, trombocyterna, klumpar ihop sig och bildar proppar i kärlen. Den rekommenderade dosen per os är 150-300mg och rekommenderad intravenös dos är 150mg. Ingen uppföljning av dess effekt är nödvändig (Roffi, et al. 2015).

Brilique ges tillsammans med acetylsalicylsyra för att förhindra aterotrombotiska händelser under en hjärtinfarkt (Roffi, et al. 2015).

Lågmolekylärt heparin ges åt patienter med icke-ST-höjnings infarkt då det minskar på blodets förmåga att leverera sig (Roffi, et al. 2015).

5 Differentialdiagnoser

Det är lika viktigt att kunna utesluta ischemiska smärtor som att kunna identifiera dem. Är patienten palpations öm eller har huggande, stickande smärta över bröstkorgen kan detta indikera muskuloskellettala smärtor. Detta är en väldigt vanlig differentialdiagnos. Man måste i alla fall vara säker på att detta är den faktiska smärtan som patienten behöver hjälp för, ett EKG kan tas för säkerhets skull. Det kan ju faktiskt hända att patienten har ramlat och slagit bröstkorgen på grund av en hjärtinfarkt eller fått en hjärtinfarkt för att han har ramlat och slagit sig. Smärtor som ändras vid lägesändring eller vid djup inandning är även vanliga men är inte orsakade av ischemi. Man måste ändå förstå att trots att smärtan inte är orsakad av ischemi behöver den inte vara ofarlig. Smärta vid andning kan exempelvis vara tecken på lungemboli. Ett högt sittande Aortaanerysm kan ge bröstsmärta som strålar bakåt mot ryggen. Övriga diagnoser som kan orsaka bröstsmärta är, diskbrock, gallsten, gastrit/reflux, myokardit, pneumoni/pleurit, pankreatit, perikardit, ulcus(Wikström, 2014, 248-249).

6 Övriga faktorer som kan bidra till kranskärlssjukdom

Denna studie (Kario, et al. 2016) söker svar på om morgonblodtryck mätt hemma är en bättre indikator på kranskärlssjukdom än blodtrycksmätningar gjorda på vårdinrättningar. Förekomst av kranskärlshändelser var signifikant högre hos patienter med förhöjt systoliskt morgonblodtryck mätt hemma än patienter som hade förhöjt systoliskt morgonblodtryck mätt på en vårdinrättning. Att mäta morgonblodtrycket hemma är en stark prediktor för framtida kranskärlssjukdomar och strokehändelser, och kan vara överlägsen blodtrycksmätning på vårdinrättning i detta avseende (Kario, et al. 2016).

6.1 Diabetes mellitus och hjärtinfarkt

Hjärt- och kärlsjukdomar och särskilt kranskärlssjukdom är de vanligaste dödsorsakerna hos patienter med typ 2-diabetes. Kranskärlssjukdomar är ofta symtomlösa hos dessa patienter, och är därför i ett långt framskridet skede när sjukdomen konstateras. Därför

rekommenderas en systematisk screening av högriskpatienter med diabetes. Systematisk screening är dock kostsamt, och har visat sig ha en ganska lågt värde. Dessutom har ballongutvidgning inte visat sig vara bättre än konservativ behandling i icke-akut kranskärslsjukdom, däremot har kontroll av kardiovaskulära riskfaktorer visat sig fördelaktigt hos diabetespatienter (Lièvre, et al. 2011).

6.2 Mikrobers betydelse

Hypertoni som är en stor riskfaktor för att utveckla kranskärslsjukdom kan öka spänningen i kärlväggen. Det kan förhindra lämpliga reparationsprocesser. Det sägs att traditionella riskfaktorer som rökning, diabetes mellitus och hypertoni inte ensamma kan anses stå för utvecklingen av hjärtkärlsjukdom. Idag betraktas åderförkalkning som en kronisk inflammatorisk sjukdom i blodkärlen. Två mekanismer för effekten av inflammation på ateroskleros beaktas. Direkt mekanism är relaterad till stället inuti kärlet där skadan finns. Mycket antyder att mikrober har en viktig roll när det gäller kranskärslsjukdom. Infektion i kärlväggen kan placeras i kategorin direkt mekanism. Smittämnen har effekt på bildandet av aterosklerotiska plack och gör processen snabbare. Smittämnen kan också leda till plackbristning och trombos. Den andra och indirekta mekanismen är relaterad till inflammation i vävnad utanför blodkärlen på sådana ställen som kan leda till ökad utsöndring av cytokiner (Cytokiner produceras ofta som svar på en infektion). Hittills har konsekvenserna av många smittämners påverkan på ateroskleros utretts, och det finns många artiklar inom detta område. Effekter som vissa mikrober har på uppkomsten av kranskärslsjukdomar, såsom *Helicobacter pylori*, klamydia lunginflammation, cytomegalovirus, hepatit C-virus har granskats i stor utsträckning. Baserat på studier i databaser och litteraturöversikter, står det klart att vissa mikrober och smittämnen kan vara inblandade i processen, utvecklande av kranskärslsjukdomar (Rezaee-Zavareh, et al. 2016).

7 Perkutan coronar intervention (PCI) eller trombolys

Snabb öppning av den stängda artären är en kritisk faktor för att minska nekrosen i hjärtmuskeln. De första 2-3 timmarna är de viktigaste. Oåterkallelig myokardskada kan inträffa redan under den första halvtimmen. Den bästa behandlingen vid en STEMI är primär PCI om man kommer till ett sjukhus som utför denna behandling tillräckligt fort. Kan man inte nå ett sjukhus som utför PCI inom rimlig tid bör man få trombolytisk

behandling istället. EKG skall tas av ambulans personalen och sändas till sjukhus där det omedelbart skall tolkas, svar skall ges till ambulansen om vilken behandling som skall ges, PCI eller trombolys. Enligt European Society of Cardiology (ESC) skall patienten få trombolytisk behandling om tiden till PCI behandling överstiger 120 min efter diagnosen. . I ESC STEMI-guidelines definieras både ”acceptabla” och ”optimala” tidsfönster från diagnos till primär PCI. Den ideella tiden från diagnos till primär PCI är under 90 minuter och hos patienter som har mindre än 2 timmar från symtom start är tidskravet skärpt efter som trombolysen har bättre effekt vid kort sjukdomstid. Patienter med mindre än 2 timmar sen symtom debut borde ideellt få primär PCI behandling inom 60 minuter. Efter trombolytisk behandling bör patienten transporteras till sjukhus som utför PCI behandling så snabbt som möjligt. Detta beror på att för var tredje patient som fått trombolytisk behandling så uteblir resultatet och räddnings PCI måste utföras. Även de som har fått en lyckad trombolytisk behandling skall till koronar angiografi inom tjugofyra timmar. Skall STEMI behandlingen bli bättre borde flera patienter med kort sjukdomstid eller en transporttid som är osäker eller som ligger i gränzonen ges trombolytisk behandling (Wiseth 2015).

8 Metod

Jag har valt att utföra arbetet som en litteraturstudie och kommer i detta kapitel att redogöra för vad en litteraturstudie är, vilken datainsamlingsmetod som används, samt dataanalys metod.

8.1 Litteraturstudie

Litteraturstudier är en vanligt använd metod i examensarbeten. Som alla andra examensarbeten skall litteraturstudien bestå av bakgrund, syfte, frågeställning och dataanalysmetod. Informationskällan är litteraturen alltså insamlingsdata, liksom respondenten är informationskälla vid intervjun. Litteratur som finns i litteraturbakgrunden får inte vara den samma som insamlingslitteraturen. Litteraturdata som skall användas i resultatredovisningen insamlas vanligen ur 5-6 vetenskapliga artiklar eller annat relevant material. Insamlade data sätts i dialog med bakgrundslitteraturen och används i diskussionen till att diskutera syfte och frågeställningar (Olsson & Sörensen 2007, 87).

En litteraturstudie innebär att man studerar och jämför redan skriven litteratur om ett visst ämne för att skaffa sig en bättre helhetsbild av det studerade ämnet. Detta är viktigt speciellt inom sjukvården då det hela tiden kommer nya forskningar och tid inte finns för att läsa allt. Det är då som litteraturstudien kommer in i bilden efter som du genom att läsa studien får relevant information från många olika studier i en och samma studie (Mannila, 2011).

En litteraturstudie bör fokusera på aktuell forskning inom det studerade området, i respondentens fall blir det betydelsen av kommunikation och bemötande i den prehospitla vården av patienten med hjärtinfarkt.

Syftet med detta examensarbete är att reda ut den bästa prehospitla omvårdnaden av patienten med hjärtinfarkt. Som informationskälla används litteratur och vetenskapliga artiklar.

8.2 Datainsamling

Datainsamlingen handlar om att hitta relevant litteratur. Först utvecklas en sökstrategi, sedan görs litteratursökningen och till sist gör en första grovsällning av det som kan tyckas vara intressant. Litteratursökningen måste utföras noggrant eftersom den ligger till grund för alla resultat och slutsatser (Kristensson. 2014. 157).

Sökningen av materialet har gjorts både elektroniskt och manuellt. De artiklar som jag valt fokuserar på bemötandets eller kommunikationens betydelse i vården av en patient med hjärtinfarkt samt att det har funnits tillgång till fulltext version och att den uppfyller villkoren för en vetenskaplig artikel. Jag har enbart läst artiklar på svenska och engelska. De artiklar som enbart fokuserar på den medicinska vården av hjärtinfarkten har jag valt att inte inkludera i min datainsamling eftersom de inte gav svar på mina forskningsfrågor. Jag har använt mig av portalen Finna samt databaserna Cinahl och SveMed+ samt Käypähoito. Jag har även använt mig av tryckt litteratur som är relevant för min studie. Vid sökningen har jag använt mig av sökorden heart, myocardial infarction, caring, pre hospital, ambulance, communication, hjärtinfarkt, kommunikation, ambulans, bemötande, vård. Alla sökord har kombinerats på olika sätt för att få ett möjligast stort antal träffar. Inga sökord på finska är inkluderade då det enda finska material jag använt mig av är Käypähoito. Jag valde att inkludera nio artiklar i detta examensarbete, de inkluderade artiklarna finns i en resume'artikel (Bilaga 1).

8.3 Kvalitativ analys av data

Jag kommer att läsa igenom de utvalda artiklarna och med hjälp av innehållsanalys söka efter upprepande mönster som kunde ge svar på mina forskningsfrågor.

Med analys förstår man upplösning i beståndsdelar i motsats till syntes som betyder att sammanfoga till en helhet. Dessa begrepp ingår i metoder för att analysera data. Analysen leder inte till någon ny kunskap men genom syntesen kan man få ny kunskap genom de nya helhetsbilderna som syntesen visar upp (Olsson & Sörensen, 2007, 127).

Det finns fyra vägledande principer för kvalitativ dataanalys. Den första är att analysen och slutsatserna skall vara fast förankrade i data. Den andra säger att forskarens förklarande av data måste komma från mycket noggranna studier av data. Den tredje säger att man i analysen skall hålla sig från att föra in obefogade fördomar i analysen. Och till sist säger den fjärde principen att dataanalysen skall grunda sig på en repetitiv process (Denscombe 2009, 367-368).

Detta innebär att man vill karaktärisera något. Man strävar även till att söka kategorier, beskrivningar eller modeller för att beskriva ett sammanhang. Huvudsyftet med datainsamlingen är att upptäcka olika mönster. Kvalitativ metod betyder systematiserad kunskap om hur man gestaltar något (Olsson & Sörensen, 2007, 79).

9 Etiska överväganden

Etiken skall finnas i alla delar av forskningen, vid datainsamlingen, analysen och vid publiceringen. Man måste respekteras deltagares rättigheter och bestämmande rätt. Deltagare får ej heller lida någon skada genom sin medverkan i projektet. Man bör även arbeta på ett sådant sätt så att integriteten hos deltagare inte kränks. Personer som deltar i forskning får aldrig och på intet vis kränkas trots hur stora och värdefulla forskningsfynden tros vara. När man skriver examensarbete skall man således se till att inga människor utnyttjas, skadas, såras eller kränks. Den enskilda människan skall skyddas och människovärdet skall ovillkorligen respekteras. Alla människors lika värde måste respekteras (Denscombe, 2009, 193-205).

” Det är kanske lätt att tro att detta bara gäller om du väljer att göra en enkät- eller intervjustudie, men även en litteraturstudie kräver forskningsetiska ställningstaganden eftersom du kritiskt ska granska etiken i andras studier” (Kristensson 2014, 49).

”I forskningen tillämpas dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara. Vid publiceringen av undersökningsresultaten tillämpas den öppenhet och den ansvarsfulla kommunikation som karakteriserar vetenskaplig verksamhet.”(Forskningsetiska delegationen, 2012).

Jag har behandlat alla sökta forskningar enligt samma inklusions och exklusions kriterier. Vid analysen behandlades allt utvalt material likvärdigt och ingen artikel har större betydelse än någon annan för resultatet. Alla behandlade artiklar ingår i resultatet.

10 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer respondenten att sammanfatta de analyserade artiklarna. Kvalitativ innehållsanalys har använts när tidigare forskning och litteratur analyserats och delats upp i underrubriker. Frågor som ställts till litteraturen är: vad är ett bra bemötande av en patient med hjärtinfarkt och vad innebär en god kommunikation? Respondenten har även valt att markera de ord i texten som de analyserade artiklarna lyfter fram som viktiga egenskaper för de av respondenten ställda forskningsfrågorna. En bilaga innehållande en resumé av forskningsartiklarna kommer att bifogas till examensarbetet.

10.1 Kommunikation

Det är viktigt att sjukskötaren ger **klara besked** om diagnosen och behandlingen i det akuta skedet för att patienten ska ta sin sjukdom på allvar och därigenom förbättra det långsiktiga resultatet. Blir det inte tillräckligt **klart förklarat** för patienten vad diagnosen innebär kan det leda till att patienten inte är motiverad att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Detta bör tas i beaktande vid kommunikation och **informationsgivning** vid en hjärtinfarkt. De som har haft en N-STEMI infarkt har en förmåga att ta lättare på sin sjukdom än de som har haft en STEMI infarkt (Dullughan m.fl., 2013).

När den mest akuta sjukdomsfasen är över blir given information mera koncentrerad till att **få patienten att förstå** vad hans sjukdom innebär och vilken betydelse den har för hans hälsa och välbefinnande och vilken betydelse läkemedelsbehandling har i hans fall (Timmins. 2005).

I det akuta skedet av en hjärtinfarkt kan patienten ha svårt att ta in mycket information. Missförstånd kan uppstå om man **berättar** allt för mycket men man bör **berätta** vad man gör och vad som kommer att hända. Å andra sidan tycker patienterna att det är viktigt med **information** i den akuta fasen eftersom patienterna då känner sig delaktiga i vården. En patient berättar att i det akuta skedet är det svårast att vara delaktig i vården, när man har en hjärtinfarkt är man inte så ivrig att delta. En annan patient berättar att han upplevde det viktig med information i det akuta skedet, sjukvårdarna försökte **berätta** vad som hände och sa att nu gör vi så och nu gör vi så. Patienten berättar att han var mycket nöjd med den informationen för det var det enda deltagande i vården som han orkade med för tillfället (Höglund et al. 2010).

10.2 Kommunikation vid överlämnade

För att överlämnandet av patienten skall bli positivt, bör till att börja med **kontakten till mottagande enhet** har tagits på **förhand** av ambulanspersonalen. Detta medför att förtroendet och tilliten som byggts upp under det prehospitalla vård förhållandet **överförs till den mottagande enheten**. Sjukskötarna på den mottagande enheten kan då också snabbt överta medicinska och andra vårdbehov hos patienten. Patienterna upplever att sådant **samarbete** ökar säkerheten och känslan av trygghet. Viktigt är också **dokumentationen** från ambulansen som innehåller **information** om hela vårdprocessen från insjuknande till överlämning (Suserud. 2003).

Överlämnandet kan även bli negativt om mottagande personal endast är intresserade av preliminära diagnoser och riktar uppmärksamheten endast på objektiva symtom. Om den mottagande personalen dessutom uppför sig oprofessionellt och inte kan anpassa sig till situationen har man nästan värsta tänkbara överlämning (Suserud. 2003).

10.3 Bemötande

Patienterna uppskattar att sjukskötarna är **vänliga, hjälpsamma** och **lyssnar** på dem. Sjukskötaren skall ha **medlidande**, vara **öppen och ärlig** och ta sig tid att **prata** med patienterna. Första intrycket är mycket viktigt, och att sjukskötaren kan skämta och skratta med sina patienter. De bör vara **glada**: "ett leende betyder så mycket". Vården sjukskötarna

ger sina patienter uttrycks på många sätt: hur de **pratar** med dem, hur de ger patienterna en vänligt eller **uppmuntrande** klapp på axeln, är lika viktiga för patienterna som hur professionell sjukvård de upplever. Patienterna är också tacksamma för att de hålls **informerade** om väntetider och all annan **information** de får från sjukskötaren. De yngre i synnerhet har ett större behov av **information** och uppskattar att sjukskötaren tar reda på informationen om hon inte kan svara genast. Genom att ha ett **lugnt** och **effektivt** sätt att förmedla information skapar sjukskötaren en känsla av trygghet. Patienterna känner sig **trygga** eftersom de är "i säkra händer". Patienterna betonar även att det är viktigt att de känner att personalen bara utsätter dem för nödvändiga, planerade tester och undersökningar och att sjukskötaren **pratar lugnt** och **sakligt** med dem. Detta hjälper dem att känna att de ses som individer. Viktigt är också att patienterna upplever att sjuksköterna tror på deras **behov** av hjälp och ser till att de får träffa en läkare (Sorlie. et al. 2005).

Förstavårdspersonal har en viktig **stödjande** roll när patienter inser att de inte längre kan hantera situationen ensam. Prehospital vård skiljer sig ofta från andra former av vård eftersom patienten har **behov** av akut **uppmärksamhet**, vilket kan göra det svårt att förstå patienten och dennes upplevelser och erfarenheter. Som förstavårdare bör man vara **ödmjuk** och villig att **lyssna**. Vilken vård bör ges, och vilken typ av kunskap bör användas i specifika situationer, finns det särskilda omständigheter med tanke på patienten? I komplicerade prehospitala vårdsituationer, är det därför särskilt viktigt att vårdgivaren är **"open minded"** (Ahl. et al. 2005).

Att sjukskötaren är **lugn** och upplevs som **trygg** upplevs som viktigt för att minska rädsla och upprätthålla en länk till "normalitet" i en till synes främmande miljö, även **humor** uppskattas. Bara det att någon kommer in och kanske **pratar** om sina barn, alltså nått du känner igen och kan relatera till upplevs som viktigt i en miljö där ingenting är bekant (Johnson et.al. 2008).

Religiösa övertygelser kan ha en lugnade effekt på den psykiska och emotionella stressen som uppkommer under sjukdomsförloppet. Därför skall patientens religiösa övertygelser **respekteras** av sjukskötaren (Omari et al. 2013).

10.4 Hur man skapar en lyckad vårdrelation

Förtroende är nyckeln till ett lyckat vård förhållande. Vid patient mötet är det första intrycket viktigt för att alls kunna inleda ett vårdhållande. Om patienten känner sig **trygg** kan ett meningsfullt vård förhållande inledas. Sagt av en sjukskötare, ” När jag kommer in

i någon annans bostad eller var det nu är, tar jag kontakt med patienten och just i det korta ögonblicket bygger jag upp en känsla av **förtroende** mellan den personen och mig själv. Det är absolut det viktigaste och det är vad du ska göra så fort du möter någon. De skall känna sig **komfortabla**". En annan sjukskötare fyller i, "var försiktig i början och känn dig fram tills du vet vilket **uppförande** som är förväntat. Ganska fort kommer det fram vilken typ av vård förhållande du behöver uppnå. Och det är aldrig någonting som du kan peka på och säga att det var just det jag gjorde". När man möter patienter som är vid medvetande måste man visa **respekt** för dem för att ett vård förhållande skall kunna upprättas. Patienter som är vid medvetande kan och bör man **prata** direkt till. En sjukskötare säger, "om det sitter en patient med bröstsmärtor som är vid medvetande där så spring inte in och lyft upp armen och börja mäta blodtryck och ge mediciner utan gå fram och ta patientens hand och **berätta** vem du är och varför du är där" (Bruce et al. 2003, 15).

Sjukskötaren måste, av **respekt** för patientens **integritet** ha **empati** och lära sig att dela patientens **känslor**. Sagt av en sjukskötare, "Tänk på patientens **integritet**, låt dem inte ligga nakna, du skulle inte vilja det heller". Patientens **kroppsspråk** kan spegla patientens lidande. Rädsla är ett exempel på lidande som kan trigga kliniska problem och orsaka andningsproblem. Sjukskötaren ska kunna **se** situationen i sin helhet och därefter kunna besluta vad som skall göras först. En sjukskötare berättar, "Patienten var mycket upprörd, vilket jag trodde var det verkliga problemet, och mycket rädd. Du kan se i deras ögon när människor är riktigt rädda, det ser ut som en skugga. Ingen **ögonkontakt**. De tittar utan att se.. en tom blick". Sjukskötaren skall inleda **konversationen** på patientens villkor så att rädda patienter vågar **lita på** dem tillräckligt mycket för att inleda ett vård förhållande. Sjukskötaren fortsätter berätta, "Så jag satte mig ned på golvet **nära** patienten och försökte **prata** med henne. Efter en stund började hon se på mig och höra på vad jag sade. Jag **berättade** att vi skulle ta henne och barnet till sjukhuset. Den rädda blicken försvann och man kunde få **ögonkontakt**. Nu hör hon dig, stänger inte av sig själv, svarar på dina frågor direkt så du måste inte upprepa allt" (Bruce et al. 2003, 15).

Sjukskötaren bör kunna ta del av patientens lidande, genom att **iaktta** ansiktsuttryck, patientens position, patientens mamma som sitter bakom honom, hela situationen reflekterar patientens lidande och smärta. En sjukskötares beskrivning, " Gud, vad han lider, vilken smärta. Det är hjärtskärande". Här beskriver sjukskötaren patientens lidande och hon kan också känna patientens lidandet. I denna situationen kan också sjukskötaren uppfatta en familj som känner hjälplöshet och befinner sig i en situation som den inte klarar av. Det är nu som känslan av **förtroende** och **trygghet** kommer att betala sig i form

av en god vårdrelation och en lyckad vård och ett minskat lidande för patienten(Bruce et al. 2003, 15).

I det första mötet tycks det finnas en kritisk punkt. Om patienten känner sig ifrågasatt kan patienten uppleva misstro gentemot vårdaren. Detta kan leda till att den prehospitla vården ifrågasätts och patienten vill ha enbart transport. Detta visar på hur extremt viktigt det är att skapa en god relation redan i det första mötet och i den inledande bedömningen av patienten. Vårdarnas professionalitet kan sättas på prov om patienten börjar misstro vården, det är då ytterst viktigt att det yrkesmässiga självförtroendet inte sviktar trots att patientens uppskattning uteblir (Suserud et al. 2016, 24).

11 Tolkning av resultat

Här kommer respondenten att tolka resultatet utgående från den valda vård teorin samt även relatera till den teoretiska bakgrunden. Teorin som ligger som grund för studien är Benners teori om vårdarens fem utvecklingsstadier.

11.1 Medicinsk behandling

Den medicinska behandlingen startar med kontroll av andningsväg och andning, detta startar genast när man hälsar på patienten genom att observera andningsfrekvens, om hjälpmuskulatur används vid andning, om patienten är cyanotisk och hur patienten klarar av att prata. Vid kontrollen av andningsväg och andning kan med fördel frågas om patienten är allergisk mot aspirin, då får man både svar på hur andnings påverkad patienten är genom att observera hur patienten klarar av att prata och om man kan ge aspirin åt patienten. Är patienten inte allergisk mot acetylsalicylsyra och man misstänker att patienten möjligen har en hjärtinfarkt ges 250mg p.o tuggtablett åt patienten för att förebygga vidare trombbildning. Också cirkulationen kontrolleras på samma gång som kontrollen av andningsvägarna, detta görs när man går fram till patienten och hälsar. När man hälsar på patienten palperas på samma gång, om och hur arteria radialis känns, känns den är systoliska blodtrycket åtminstone 80 mmHg, är den regelbunden eller oregelbunden, fyllig eller trådsml ,värmegräns kontrolleras och om patientens hud är torr eller fuktig. Därefter kontrolleras andningen och cirkulationen genom att mäta saturationen samt

genom blodtrycksmätning. Medan blodtrycket mäts börjar man koppla på ett 12 kanals EKG.

Kan man få ett EKG så länge patienten är smärtpåverkad är det bra eftersom EKG kan ändras väldigt snabbt. När EKG är taget och man misstänker att patienten drabbats av en hjärtinfarkt skickas det tagna EKG med e-post till dejourerande kardiolog för diagnostisering (Wikström 2014, 248).

Efter detta ges två puffar Dinit spray under tungan om systoliska blodtrycket är över 100mm/Hg och man är säker på att patienten inte har en högersidig hjärtinfarkt. Nu har även syrebehandling av patienten inletts. Efter detta kan även ett EKG innehållande V4R och V8 tas för att skickas till kardiologen för diagnostisering. En perifer ven kateter sätts och man lägger Ringer 500ml att droppa. Läkaren kommer att ordinera läkemedelsbehandlingen som bör utföras. Denna består åtminstone av Heparin behandling och Brilique om patienten inte är allergisk mot acetylsalicylsyra. Smärtlindring med opiatpreparat (Oxanest) kommer även att ordinerars av läkaren. Även läkemedel som verkar lugnande på pulsfrekvensen kan ordinerars om pulsfrekvensen är över 60 slag/min och systoliska blodtrycket är över 110mm/Hg. Någon gång i detta skede kommer patienten att förflyttas till ambulansen för transport till sjukhus, i förflyttningsskedet är det viktigt att patienten gör så lite som möjligt själv för att inte belasta hjärtat. Det betyder att patienten lyfts till båren. Under transporten kommer patienten att övervakas med 12 kanals EKG, saturations mätning, blodtrycksmätning samt koldioxidmätning. Under transporten kommer alla läkemedels ordinationer att fortgå och även Ringer droppar under hela transporten. Även allt man behöver vid en återupplivning kommer att tas fram och förberedas ifall patienten skulle bli livlös under transporten. Vid behov kan läkemedel mot illamående ges då illamående kan uppstå som biverkning av opiatpreparaten eller som ett symtom av hjärtinfarkten. Förhandsanmälan kommer att ges till mottagande enhet i god tid före man anländer så att mottagande enhet hinner samla hjärtteamet och ställa allt i ordning för PCI. När man anländer till sjukhuset med en patient som har drabbats av hjärtinfarkt kommer man att föra patienten direkt till hjärtstationen för PCI behandling alltså inte alls via någon mottagning (Käypähoito, 2011).

Den medicinska behandlingen ställer stora krav på den behandlande sjukskötaren. Sjukskötaren bör kunna tolka alla tecken, signaler och värden som antyder att tillståndet kommer att försämrars och åtgärder krävs för att stabilisera tillståndet hos patienten. Vårdaren bör även känna till alla verkningar, biverkningar, doseringar, administrering och

kontraindikationer för de av vårdaren använda läkemedlen. Vårdaren bör även ha beredskap att behandla eventuellt uppkomna biverkningar. Så för att klara av den medicinska behandlingen av en hjärtinfarkt skall man nog inte klassas som nybörjare enligt Benners teori utan det börjar nog krävas att man uppnått nivån skicklig.

11.2 Bemötandet

Detta kapitel ger svar åt frågan, vilken betydelse har bemötandet av en patient med hjärtinfarkt?

Bemötandet är mycket viktigt när man har drabbats av en hjärtinfarkt med svåra bröstsmärtor, andnöd och en känsla av att man håller på att dö. Det första mötet tycks då vara en kritisk punkt. Jakobsson (2007) säger att ett dåligt bemötande ofta leder till att patienten inte berättar viktiga eller känsliga saker om sig själv. Det kan även leda till att patienten inte vågar ställa frågor. Detta korrelerar väl med Suserud, et al. (2016) som säger att om patienten känner sig ifrågasatt kan misstro gentemot vårdaren uppstå, detta kan leda till att hela den prehospitala vården ifrågasätts och patienten vill endast transporteras till sjukhus för att få vård där. Det är därför viktigt att när man kommer fram till patientens adress kommer ihåg att det är patientens hem man går in i. Har patienten bröstsmärtor skall patienten enligt Bruce et al. (2003) bemötas genom att man går fram, tar patientens hand och berättar vem man är och varför man är där, patienten med bröstsmärta skall inte bemötas genom att man rusar fram och genast börja mäta blodtryck.

Bemötandet är viktigt med tanke på att hjärtmuskeln redan lider av syrebrist om patienten har en hjärtinfarkt, och det är därför viktigt att uppträda lugnt för att lugna patienten och därmed inte förvärra syrebristen i hjärtmuskeln (Wikström 2014, 243-245).

Bemötandet kan mycket väl göras som en del i den medicinska bedömningen, genom att hälsa och prata får man fram mycket information om patientens tillstånd och på samma gång ger man ett lugnade intryck åt patienten. Sorlie, et al. (2005) säger att vården uttrycks på många sätt, bland annat sättet på hur man pratar med patienten eller det att man är uppmuntrande och positiv upplevs som lika betydande som vilken medicinsk vård man ger till patienten.

Också Sorlie, et al. (2005) säger är det första intrycket är mycket viktigt, sjukskötaren bör vara glad och ge ett positivt intryck, detta lugnar patienten. Att hålla patienten lugn är även

mycket viktigt i vården av en hjärtinfarkt då detta bidrar till att patientens puls kan hållas lite lägre och därmed minska på hjärtmuskelnens syrebehov. Om vårdaren uppträder lugnt och bemöter patienten med ett leende, och exempelvis lätt och uppmuntrande klappar patienten på axeln kan man få patienten att känna sig trygg. Enligt Suserud (2003) är trygghets känslan viktig för att ett meningsfullt vård förhållande skall kunna inledas. Suserud (2003) säger även att förstavårdaren bör vara ödmjuk och en god lyssnare som kan inta en stödjande roll när patienten inser att den inte längre kan hantera situationen ensam. Enligt Ahl. et al. (2005) bör förstavårdaren vara open minded eftersom den prehospitla vården ofta skiljer sig från övrig vård och patienten oftast har ett akut behov av uppmärksamhet.

Johnson et al. (2008) pratar om att det är viktigt att upprätthålla en länk till något som patienten kan uppfatta som något normalt i en främmande och kanske skrämmande miljö. Detta kan exempelvis vara att vårdaren pratar om sina barn på ett allmänt sätt så att patienten kan relatera till sina egna barn eller barnbarn och på det sättet kunna relatera till vardagen i en annars skrämmande och ny situation. Johnson et al. (2008) nämner även humorn som något viktigt för att upprätthålla känslan av något normalt i en, för patienten onormal situation.

Den lästa forskningen visar på att bemötandet är en mycket viktig del av vården när patienten drabbats av en hjärtinfarkt. Bemötandet kan inverka på hur utgången av hjärtinfarkten blir eftersom ett bra bemötande kan avlasta hjärtat och därmed minska syrebehovet i hjärtmuskeln. Benners teori korrelerar mycket väl med bemötandet av patienten med hjärtinfarkt eftersom det ställer stora krav på vårdaren att möta patienten med hjärtinfarkt. Dels skall vårdaren ha total kontroll på den medicinska diagnostiseringen och vården av patienten men på samma gång måste även vårdaren kunna bemöta patienten lugnt och sakligt och ställa relevanta frågor som exempelvis, hur och var smärtan känns, vad patienten gjorde när smärtorna började, har patienten tidigare upplevt likande smärtor, och trots alla frågor man som vårdare behöver få svar på, försöka lugna patienten. Detta kräver nog att vårdaren har en lång erfarenhet att luta sig mot, och det gäller inte bara den medicinska erfarenheten utan ställer nog även krav på livserfarenhet hos vårdaren.

11.3 Kommunikation

Kommunikation är mycket viktigt vid vården av patienten med hjärtinfarkt. Det är det enda sättet för vårdaren att skaffa sig en uppfattning om vad som har hänt i många fall, speciellt

om det inte funnits några anhöriga närvarande vid insjuknandet. Det finns även situationer då hjärtinfarkten inte ger sig ordentligt till känna och det kan då vara livs avgörande att lyssna till vad patienten berättar. Lièvre, et al. (2011) säger att om patienten har diabetes typ 2, kan hjärtinfarkten vara symtomlös och kranskärslsjukdomen är ofta mycket långt hunnen. Då om någonsin blir det mycket viktigt att kommunikationen mellan vårdaren och patienten fungerar, annars finns risken att patienten har drabbats av en hjärtinfarkt som man inte uppmärksammar eller så tar det onödigt lång tid innan man kommer fram till att patienten har drabbats av en hjärtinfarkt. Också Held (2016) säger att patienten kan lida av en hjärtinfarkt trots avsaknad av bröstsmärta.

Enligt Dullughan m.fl. (2013) är det viktigt att patienten i det akuta skedet får klara besked om diagnosen och behandlingen, annars kan det hända att patienten inte tar sin sjukdom på allvar. Det blir speciellt viktigt vid eftervården av en hjärtinfarkt att patienten har fått tillräcklig information om sin sjukdom, det finns annars risk för att nödvändiga livsstils förändringar uteblir. Det är dock enligt Timmins (2005) först när den akuta sjukdomsfasen är över som den givna informationen koncentreras till att få patienten att förstå vad hans sjukdom innebär och vad den har för påverkan på patientens hälsa. Dullughan m.fl. (2013) säger att de som har haft en N-STEMI infarkt har en förmåga att ta lättare på sin sjukdom än de som har haft en STEMI infarkt.

Det kan bero på att vid en N-STEMI infarkt så är kärlet inte helt igen täppt och smärtan kan gå över med exempelvis Nitro eller vila, så därför kan patienten tycka att det inte var så farligt, det gick ju över, till skillnad mot STEMI infarkten där hela kärlet är igentäppt och smärtorna inte går över (Held 2016).

Detta indikerar att man som vårdare bör säkerställa att patienten förstått innebörden av sin sjukdom. Vidare säger Sorlie et al. (2005) att det är viktigt att patienten upplever att man tror på det de säger och för ärendet vidare till läkare. Enligt Höglund et al. (2010) kan det dock vara svårt för patienten att ta in information i det akuta skedet av hjärtinfarkten. Trots detta bör man berätta vad som händer, vad man gör och vad man ämnar göra. Detta stärker patientens känsla av att vara delaktig i vården, så mycket patienten nu orkar delta. Målet är ju att alla patienter känner sig delaktiga i vården, dock verkar det bero av patientens ålder vilket informations behovet patienten har. Enligt Sorlie et al. (2005) har yngre patienter ett större behov av information och uppskattar att vårdaren tar reda på det som man inte genast kan svara på. Ahl et al. (2005) säger att det är viktigt att vårdaren är ödmjuk och är villig att lyssna till patienten och genom detta kunna urskilja om det finns några särskilda

omständigheter angående patienten som man bör beakta. Enligt Johnson et al. (2008) är det även viktigt att vårdaren kan prata om sådana saker som inte berör själva sjukdomen eller vården utan saker som berör vardagen, det hjälper patienten att fokusera på något normalt och bidrar därmed till att minska patientens rädsla. Diskussionsämnet kan således vara i princip oändligt brett, det gäller bara som vårdare att snappa upp vad patienten har för intressen och sedan spinna vidare på detta.

Även hur kommunikationen sköts vid överlämnandet av patienten till mottagande enhet är viktigt. Enligt Suserud (2003) är det viktigt att kontakt tagits på förhand av ambulanspersonalen, detta medför att förtroendet och tilliten som byggts upp under det prehospital vård förhållandet kan överföras till den mottagande enheten. Den mottagande enhetens vårdare kan då också, med minimal fördröjning överta vården av patienten. Dokumentationen uppgjord av ambulanspersonalen måste enligt Suserud (2003) innehålla information om hela vårdprocessen, från insjuknande till överlämning.

Även vid kommunikationen i det uppkomna vård förhållandet med patienten med hjärtinfarkt kan man relatera till Benners teori och se att erfarenheten hos vårdpersonalen kommer att ha betydelse för hur kommunikationen genomförs. En nybörjare kommer antagligen att ha tunnelseende och inrikta sig endast på ett fåtal detaljer och kommer antagligen inte heller att fråga speciellt mycket av patienten, så en patient med hjärtinfarkt kräver nog en ganska erfarenvårdare för att få bästa tänkbara vård och i värsta fall missar nybörjaren infarkten om den är symtomlös.

12 Kritisk granskning

Respondenten har använt Larssons kvalitetskriterier för att kritiskt granska examens arbetet.

12.1 Perspektivmedvetenhet

Med perspektivmedvetenhet menas att man har kunskap om det undersökta ämnet innan studien inleds och att man kan använda sig av personliga erfarenheter som har betydelse för studien (Larsson, 1994).

I och med respondentens tidigare utbildning till förstavårdare på grundnivå och mångåriga erfarenhet av förstadelvårds uppdrag med den frivilliga brandkåren så har respondenten kunnat använda sig av tidigare kunskap för att värdera de lästa artiklarna.

Respondenten har tack vare sin tidigare kunskap och erfarenhet kunnat sätta sig in i situationen som uppstår vid mötet mellan en patient med hjärtinfarkt och vårdaren vilket har varit till stor hjälp vid analyseringen av artiklarna. Med detta menar respondenten att examensarbetet perspektivmedvetenhet.

12.2 Etiskt värde

En viktig del av forskningen är etik. Att forskarna inte fuskar och hittar på egna sanningar hör till god etik. Likaså vetenskaplig hederlighet vilket betyder att forskarna på intet vis lägger till eller tar bort data från studien (Larsson, 1994).

Respondenten har i examensarbetet följt de etiska regler som uppgjorts för forskning och inte tillagt eller ändrat på det som framkommit i de analyserade artiklarna. Respondenten anser att examensarbetet har ett bra etiskt värde.

12.3 Struktur

En bra struktur innebär att resultatet är sakligt, arbetet har en god struktur och är överskådligt. (Larsson, 1994).

Respondenten anser att examensarbetet har en bra struktur då arbetet är uppgjort med innehållsförteckning, rubriker och underrubriker, vilket hjälper läsaren att få en bra helhetsuppfattning om innehållet i arbetet. Arbetet är skrivet på ett sakligt sätt med ett såna ord och termer så att nästan alla människor kan läsa arbetet och förstå innebörden av resultatet och vad det betyder i praktiken. I och med detta anser respondenten att arbetet har en bra struktur. Respondenten anser inte att det har framkommit några nya fakta genom arbetet men det har framkommit mycket tydligt vilken betydelse bemötandet och kommunikationen har i helhetsvården av en patient med hjärtinfarkt.

13 Diskussion

Att drabbas av en hjärtinfarkt är en mycket traumatisk upplevelse för en människa. Plötsligt drabbas man av en akut insättande bröstsmärta som kanske strålar ut i armar eller käke eller bådadera. Strax efter att smärtan debuterat ger sig andnöden tillkänna och man får inte tillräckligt med luft, i värsta fall drabbas man även av lungödem till följd av hjärtinfarkten. Att människan i det läget känner dödsångest är inte svårt att förstå.

Syftet med detta examensarbete var att reda ut den bästa prehospitala omvårdnaden av patienten med hjärtinfarkt. Resultatredovisningen gjordes med hjälp av innehållsanalys i tre huvudkategorier, medicinsk behandling, bemötande och kommunikation. Examensarbetet belyser nog betydelsen av kommunikation och bemötande i vården av hjärtinfarkts patienten men antalet analyserade artiklar uppgick bara till nio stycken så fortsatta studier av ämnet rekommenderas.

Vid vården av patienten med hjärtinfarkt bör hela vården beaktas, inte enbart det medicinska. Det har framkommit i examensarbetet att bemötande och kommunikation upplevs som lika viktiga delar som den medicinska behandlingen. Detta är ju inte heller svårt att förstå när man vet att det är av yttersta vikt att minska på hjärtmuskelnns syreanvändning vid en pågående hjärtinfarkt. Så följaktligen om man uppträder lugnt och ger patienten ett gott bemötande så lugnar man patienten och pulsen går därmed ner vilket i sin tur leder till minskat behov av syre i hjärtmuskeln. Även kommunikationen är mycket viktig, för vårdaren för att kunna bilda sig en uppfattning om vad som har hänt och vad problemet kan tänkas vara och för patienten för att känna att han får information om vad som händer, förstår vidden av sin sjukdomsattack och att han blir lyssnad på och tagen på allvar. Man får ju dock inte tro att enbart bemötande och kommunikation skulle bota hjärtinfarkten utan den måste nog behandlas medicinskt för att patienten skall överleva, men de är en väldigt stor och viktig del av behandlingen.

Jag hoppas att alla patienter, oavsett sjukdom skulle vårdas enligt resultatet i detta examensarbete då det framkommer så tydligt hur viktigt det är med bemötandet och kommunikationen för helhetsvården av patienten. Dessutom tror jag att många vårdare skulle må bättre av att kunna skratta och skoja med patienten ibland istället för att bara stressa och ha bråttom. Detta eftersom att hela situationen blir nedlugnad om man kan lugna patienten, och den psykiska stressen hos vårdaren torde minska en aning om situationen är mindre kaosartad.

Det framkommer också tydligt att Benners teori kan tillämpas i den prehospitala vården av patienten med hjärtinfarkt. En nybörjare har nog inte tillräcklig kunskap och erfarenhet för att vårda en patient med hjärtinfarkt optimalt. Man bör nog börja närma sig Benners expert nivå för att riktigt kunna förutse vad som kommer att hända och vad man bör göra för att patienten skall överleva med minsta möjliga skada. Därmed inte sagt att en sjukskötare som ligger lägre på Benners skala inte skulle kunna jobba i den prehospitala vården men då krävs det nog att partnern är expert för att vården skall bli optimal. Ofta vid en svår

hjärtinfarkt så anlitas en chaufför för att sköta transporten till sjukhuset, detta betyder att båda sjukskötarna arbetar bak i ambulansen för att vårda patienten. Detta är ju då ett ypperligt inläringstillfälle för den mindre erfarna sjukskötaren att lära från expertsjukskötaren och på så vis avancera uppåt enligt Benners teori.

Respondenten anser att forskningsfrågorna har besvarats av litteraturen som användes till detta examensarbete. Respondenten tycker att det har varit lärorikt att läsa de olika artiklarna och jag har lärt mig mycket om ämnet under arbetets gång. Till sist skulle jag än en gång vilja poängtera hur viktigt det är med bra bemötande och kommunikation när man möter en svårt sjuk människa, det är inte så tungt att dra på munnen och hälsa artigt, och tänk på att det kan vara just du som är den svårt sjuka människan en dag.

Respondenten rekommenderar vidare studier i ämnet då kommunikation och bemötande är mycket viktiga beståndsdelar av helhetsvården för patienten med hjärtinfarkt.

Avslutningsvis väljer jag att upprepa några uttryck från inledningen eftersom jag anser att de sammanfattar hela detta examensarbete helt ypperligt.

Finns där! Ta ögonkontakt, lugna ner situationen, fråga vilka känslor patienten har/upplever. Håll patientens hand och lyssna. Bry dig om (Debbie 2004)!

14 Källförteckning

- Ahl, C. , Hjalte, L. , Johansson, C ., Wireklint-Sundström, B., Jonsson & A , Suserud, B. 2005. CULTURE AND CARE IN THE SWEDISH AMBULANCE SERVICE. *Emergency nurse vol 13 no 8*.
- Benner, P. 2001. *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bruce, K, Dahlberg, K & Suserud, B-O. 2003. Ambulance nursing assessment. *Emergency nurse. Vol 11. No 1*.
- Debbie, J. 2004. What emergency department staff need to know about near-death experiences. *Top emerg med. Vol 26, No 1. 29-34*.
- Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken -för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB
- Dullaghan, L., Lusk, L., Donnelly, P, McGeough, M & Fitzsimons, D. (2013). *Communicating with people who have experienced heart attack*.
- Held, D, C. 2016. *Hjärtinfarkt med ST-höjning, akut*. Uppsala Clinical Research Centre och Hjärtkliniken/Akademiska sjukhuset Uppsala.
<http://www.internetmedicin.se> [hämtat: 20.1.2017]
- Höglund, A., Winblad, U ., Arnetz, B & Arnetz J. 2010. *Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel*.
- Jakobsson, U. 2007. Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Social medicinsk tidskrift, Vol 84, Nr 6*.
- Jern, S. 2010. *Klinisk EKG-diagnostik*. Mölnlycke: Sverker Jern utbildning AB
- Johnson, M., Goodrace, S., Tod, A & Read, S. (2008). Patients` opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. *Journal of Advanced Nursing*, 2009. 65(1), 120-129.
- Kario, K., Saito, I., Kushiro, T., Teramukai, S., Tomono, Y., Okuda, Y. & Shimada, K., 2016. Morning Home Blood Pressure Is a Strong Predictor of Coronary Artery Disease :

The HONEST Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 2016(67), s. 1519-1527.

Karlsson, E. Nestor, L. 2013. *Vad är en hjärtinfarkt?*

<http://xn--hjrtinfarkt-m8a.se/vad-ar-en-hjartinfarkt/> [hämtat: 24.1.2017]

Kristensson, J. 2014. *Handbok i uppsattsskrivande och forskningsmetodik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lièvre, M., Moulin, P., Thivolet, C., Rodier, M., Rigalleau, V., Penfornis, A., Pradignac, A & Ovize, M., 2011. *Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic patients with diabetes: results of a randomized trial and meta-analysis assessing the effectiveness of systematic screening*.

Larsson, S. 1994. Om kavalitetskriterier i kvalitativa studier. Tillgänglig i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lind, L & Olsson, T. & Säfwenbergs, U. 2005. *Akutmedicin*. Stockholm: Liber AB

Mannila, A-S., 2011. *Sociala berättelser som stöd för barn med Aspergers syndrom. En litteraturstudie*. Arkada: Examens arbete. Utbildningsprogrammet för det sociala området. Identifikationsnummer: 9179

Kirkevold, M., 2014. *Omvårdnadsteorier, analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur AB.

Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J & Vaula, E. 2015. *Akuuttihoitoopas*. Porvoo: Bookwell Oy

Olsson, H & Sörense, S. 2007. *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB

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

Rezaee-Zavareh, M, S., Tohidi, M., Sabouri, A., Ramezani-Binabaj, M., Sadeghi-Ghahrodi, M & Einollahi, B. 2016. *Infectious and coronary artery disease*. [Pubmed] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4834180/> [hämtat: 11.5.2016].

Roffi, M., Patrono, C., Collet, J-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J., Borger, M, A., Brotons, C., Chew, D, P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R, F. & Windecker, S. 2016. *2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.*

Steg, G., James, S, K., Atar, D., Badano, L, P., Blomström-Lundqvist, C., Borger, M, R., Di Mario, C., Dickstein, K., Ducrocq, G., Fernandez-Aviles, F., Gershlick, A, H., Giannuzzi, P., Halvorsen, S., Huber, K., Juni, P., Kastrati, A., Knuuti, J., Lenzen, M., Mahaffey, K, W., Valgimigli, M., Hof, A., Widimsky, P. & Zahger, D. 2012. *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation.*

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

Suserud, B-O. & Lundberg, L, 2016. *Prehospital akutsjukvård.*
Stockholm: Liber AB

Timmins, F. 2005. A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2. Vol 10 No 4.*

Wikström, J. 2014. *Akutsjukvård Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada.*
Lund: Studentlitteratur AB

Wiseth, R. 2015. Trombolytisk behandling er fortsatt aktuelt ved STEMI. NTNU
Trondheim: *Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs hospital og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk.*

<http://www.indremedisineren.no> [hämtat: 20.1.2017]

www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50091 [Hämtat 3.5.2017]

www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod.2014.pdf [hämtad: 17.2.2017]

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [hämtad: 21.3.2017]

www.thl.fi/sv/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/sydaninfarkti [hämtat: 16.2.2017]

Tabell över valda artiklar

Bilaga 1

Författare och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Ahl, C & Hjalte, L & Johansson, C & Wireklint-Sundström, B & Jonsson, A & Suserud, B. 2005.	<i>CULTURE AND CARE IN THE SWEDISH AMBULANCE SERVICE</i>	undersöka egenskaperna i ambulanssjukvården genom att beskriva erfarenheterna av att ge vård i en ambulans.	kvalitativ, beskrivande och intervju baserad.	Pre-hospital vårdgivare brukar skapa goda relationer med patienterna när de möts, men de brukar sluta när den mottagande vårdinrättningar nås.
Bruce, K & Dahlberg, K & Suserud, B-O. 2003	<i>Ambulance nursing assessment.</i>	beskriva omfattningen av ambulans personalens bedömning pre-hospitalt	Kvalitativ intervju	nära kontakt med patienter har stor betydelse i situationer där sjuksköterskor är ansvariga för akutvård. Sjuksköterskor litar på sin erfarenhet för att avslöja patientens behov
Dullaghan, L, Lusk, L, Donnelly, P, McGeough, M & Fitzsimons, D 2013	<i>Communicating with people who have experienced heart attack</i>	Hur man förmedlar information till en patient med hjärtinfarkt	Systematisk litteratur studie	Det är skillnad på vilken typ av sjukdom man har haft och hur bra man tar till sig information
Höglund, A & Winblad, U & Arnetz, B & Arnetz J. 2010	<i>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel</i>	Att utforska och beskriva patient- och personal uppfattningar om patient deltagande i vårdprocesser och beslutsfattandet under sjukhusvistelse för hjärtinfarkt	beskrivande kvalitativ intervju	personal och patienter ansåg att patientens delaktighet i första hand beror på en god information. Aktivt deltagande i medicinsk beslutsfattandet har mindre betydelse.
Jakobsson, U. 2007	<i>Möten och bemötande i hälso- och sjukvården</i>	bemötande av patienter inom hälso- och sjukvården	Kvalitativ intervju/enkät	framförallt personer i de yngre åldersgrupperna upplevde att de blivit illa bemötta när de sökt vård

Johnson, M, Goodrace, S, Tod, A & Read, S. 2008	<i>Patients` opinions of acute chest pain care</i>	utforska erfarenheterna av individer som fått vård för bröstsmärtor och akutmottagningens vård för akut bröstsmärta.	26 semi-strukturerade intervjuer	Kommunikationen betonas som viktig
Omari, H & AbuAlRub, R & Ayasreh, I. 2013	<i>Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan</i>	identifiera hur patienten uppfattar vårdandet	urval av 150 patienter som hade krans artärsjukdomar och 60 kritiska vårdenhets sjuksköterskor	Patienter i intensivvården uppfattar fysiska och tekniska beteenden som viktigast, medan sjuksköterskor i intensivvårdsenheter uppfattar undervisning som viktigast
Sorlie, V, Torjuul, K, Ross, A & Kihlgren, M. (2005).	<i>Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives from an acute care ward.</i>	För att belysa upplevelsen av att vara en patient och vårdas på en akut vårdavdelning	fenomen hermeneutisk metod	visar ett nära samband mellan patienttillfredsställelse och sårbarhet.
Timmins, F. 2005	<i>A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes</i>	informations behoven hos patienter med akut kranskärlssyndrom	Systematisk litteraturstudie	bra kommunikation är väsentligt under hela vårdprocessen