



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter som har angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt/ Nursing of patients with anxiety in connection with the reviewed myocardial infarction**

**Ann-Elen Farstad og Stine Røe**

**Totalt antall sider inkludert forside: 76**

**Molde, 08.06.2011**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter som har angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt**

**Tittel på engelsk: Nursing of patients with anxiety in connection with the reviewed myocardial infarction**

**Forfatter(e): Ann-Elen Farstad og Stine Røe**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2011**

**Veileder: Hilda-Karin Aass**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 08.06.2011**

**Antall ord: 11 827**

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Hjerte og - kar lidelser er et spennende tema og et økende problem i samfunnet. Ca 100.000 personer i Norge har så langtkommen hjertesykdom at hjertet svikter, og i de fleste tilfeller skyldes denne utviklingen høyt blodtrykk, hjerteinfarkt eller en kombinasjon av disse (Jacobsen et al. 2009). Ut i fra vår kunnskap opplever alle mennesker angst en eller annen gang i løpet av livet. For at angsten skal bli minst mulig dominerende i livet, må vi som mennesker tilpasse oss den.

*Hensikten:* Med litteraturstudiet var å belyse betydningen av pasient informasjon for å redusere angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt.

*Metode:* Litteraturstudie som metode, studien bygger på 13 forskningsartikler, hvor 8 var kvalitative og 5 var kvantitative.

*Resultat:* I vår litteraturstudie tyder resultatene på at pasienter generelt får for lite informasjon både på sykehuset og i tiden etter utskrivelse. Det viser seg at tidspunktet informasjonen blir gitt på, innholdet i informasjonen og lengden på sykehus oppholdet, har betydning. Det kommer tydelig fram i funnene at pasienter som får for lite informasjon kan oppleve angst.

*Konklusjon:* Pasientene følte stort sett at de fikk for lite informasjon, noe som igjen viste seg ved et høyere nivå av angst. Det viste seg å være flere hindringer som spiller inn på pasientens evne til å ta til seg informasjon, som blant annet sjokk, alder og utdanning. De mest hensiktsmessige måtene å gi informasjon på var ved bruk av video, angiografi og individualisert informasjon.

*Nøkkelord:* Sykepleie, informasjon, hjerteinfarkt, angst, stress.

## **Abstract:**

*Background:* Cardiovascular diseases are interesting and it is a growing problem in the community. About 100.000 people in Norway have a heart disease that have developed for a long time, so that the heart fails and in most cases this development are caused by high blood pressure or a heart attack and a combination of these (Jacobsen et al. 2009).

According to what we know does every human have anxiety some time in their life. The better we adjust to it, the less dominating the anxiety will be in our life.

*Aim:* The purpose of literature study was to elucidate the importance of patient information to prevent the anxiety associated with myocardial infarction.

*Method:* Literature as a method, based on 13 research papers, in which 8 were qualitative and 5 were quantitative.

*Results:* In our literature study indicates that patients generally receive too little information in both the hospital and post discharge. It turns out that the timing, length of hospital stay and the nature of the information has significant importance in the patient's ability to absorb information. It is obvious from the findings that patients who get too little information may experience anxiety.

*Conclusion:* Patients generally felt they received too little information, which appeared at a higher level of anxiety. It turned out to be several obstacles that affect patients' ability to absorb information, such as shock, age and education. The most appropriate ways to provide information on was the use of video, angiography and individualized information.

*Keywords:* Nurse, myocardial infarction, information, anxiety and stress.

# Innhold

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt .....	2
1.3 Presisering av problemstillinger.....	2
1.4 Avgrensning og begrepsavklaring.....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn .....</b>	<b>3</b>
2.1 Hva er hjerteinfarkt? .....	3
2.2 Hvem rammes av hjerteinfarkt? .....	3
2.3 Ulike sykdomsforløp hos kvinner og menn .....	4
2.4 Behandling til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt .....	4
2.5 Krisereaksjoner etter akutt hjerteinfarkt.....	5
2.6 Angstens innvirkning på pasientens situasjon. ....	6
2.7 Joyce Travelbee.....	6
2.8 Behovet for informasjon. ....	6
2.9”The Rust of Life”: Impact of Anxiety on Cardiac Patients .....	8
2.10 Sykepleiernes ansvar .....	8
<b>3.0 Metodebeskrivelse .....</b>	<b>10</b>
3.1 Datasamling.....	10
3.2 Valg av databaser .....	10
3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	11
3.4 Begrunnelse for inklusjon og eksklusjonskriterier.....	11
3.5 Fremgangsmåte ved litteratursøkene.....	12
3.5.1 Søkestrategi .....	12
3.5.2 Søkeord .....	14
3.6 Kvalitetsbedømming av artiklene .....	14
3.7 Ethiske overveielser .....	15
3.8 Analyse.....	16
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>18</b>
4.1 Å være akutt syk .....	18
4.1.1 Redusert mottakelighet for å ta til seg informasjon .....	18
4.2 Emosjonelle utfordringer .....	19
4.3 Å komme hjem.....	20
4.3.1 ”Hull” i behandlingen .....	20
4.4 Behovet for informasjon .....	21
4.4.1 Individualisert informasjon .....	21
4.4.2 Hindringer i kommunikasjonen.....	24
4.5 Sykepleierens ansvar.....	25
<b>5.0 Diskusjon.....</b>	<b>26</b>
5.1 Metodediskusjon .....	26
5.2 Resultatdiskusjon .....	28
5.2.1 Informasjonsbehov ved akutt hjerteinfarkt .....	28
5.2.2 Betydningen av psykisk og emosjonell støtte .....	29
5.2.3 Informasjonsbehovet forsterkes etter hjemkomst .....	31

5.2.4 Tidspunktet for å gi informasjon.....	31
5.2.5 Pedagogiske utfordringer .....	32
5.2.6 Sykepleierens ansvar .....	33
5.2.7 Konsekvenser for praksis .....	34
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>36</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>37</b>

Vedlegg 1. PICO (PIO) skjema 1

Vedlegg 2. PICO (PIO) skjema 2

Vedlegg 3. Oversikttabell over søk

Vedlegg 4. Referee og kvalitetsvurdering

Vedlegg 5. Oversikttabell over inkluderte artikler

Vedlegg 6. Sjekklistor

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Begrunnelse for valg av tema***

Gjennom sykepleiestudiet og tidligere arbeidserfaring har vi møtt pasienter med hjerteinfarkt i ulike stadier i sykdomsprosessen. Vi har møtt pasienter ved ankomst til avdeling, ved forløpet inne på avdelingen, og tiden etter at de har kommet hjem. Vi var nysgjerrige på, og ville finne ut om sykepleiere som har en viktig rolle i møte med pasientene, gav tilstrekkelig informasjon under sykehusoppholdet og før hjemreise. Slik at de kunne unngå en unødvendig engstelse når de kommer hjem. Erfaringen i praksis er at det for disse pasientene er et større fokus på de fysiske plagene, som for eksempel endring av livsstil enn psykiske plager. De psykiske plagene blir satt til sides, noe som kan være uheldig i forhold til hvilke reaksjoner pasientene får i ettertid. Det virker for oss som at psykiske plager fremdeles er tabubelagt og blir unngått å informere om. Erfaringer vi har fra undervisning på skolen er at vi skal jobbe mot en helhetlig sykepleie. Dette gjøres ikke bare ved å tenke på det fysiske, men også på de psykiske, sosiale og åndelige behovene til pasienten.

Høybakk (2008) beskriver ut i fra tidligere studier at mange pasienter føler de ikke har fått nok informasjon om angst og depresjon, og nok kunnskap om hvordan de skal leve etter et hjerteinfarkt (Høybakk 2008). De sitter igjen med mange ubesvarte spørsmål og usikkerhet rundt dette. Som igjen for mange kan virke hemmende i dagliglivet. Før vi valgte dette temaet fikk vi rede på at det finnes hjerteskolere rundt om i landet. Deres mål er å jobbe mot en bedre hverdag for pasientene etter et hjerteinfarkt. Vi har hatt kontakt med fagpersonell ved en hjertescole, og personell ved en medisinsk poliklinikk. Begge steder har de hatt fokus på å gi tilstrekkelig informasjon til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, etter utskrivelse. Personalet ved hjerteskolene, og den medisinske poliklinikken ga oss et inntrykk av at pasientene får for lite informasjon mens de er innlagt på sykehuset, og personalet ga uttrykk for at de savner forskning på dette området. Som sykepleiere kan vi møte disse pasientene blant annet i sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. Dette

dannet grunnlaget for vårt valg av tema som er; sykepleie til pasienter som har angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt.

## ***1.2 Hensikt***

Hensikten med litteraturstudie var å belyse betydningen av pasient informasjon for å redusere angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt.

## ***1.3 Presisering av problemstillinger***

Vi har valgt følgende tre problemstillinger ut i fra denne hensikten.

1. Hvilke hindringer har innvirkning på pasientens mulighet til å ta til seg informasjon?
2. På hvilken måte ønsker pasienter med hjerteinfarkt å få informasjon?
3. Får pasientene som opplever angst den informasjonen de har behov for?

## ***1.4 Avgrensning og begrepsavklaring***

Formålet med denne oppgaven er å finne forskning og å lære mer om pasienter som får en akutt sykdom som hjerteinfarkt, og deres behov for informasjon. Vi startet med å søke etter kvalitative artikler, men måtte etter hvert også inkludere kvantitative artikler. Da vi ikke fant nok forskning som kunne besvare vår hensikt og problemstillinger. I oppgaven har vi ikke avgrenset oss til en spesiell alder, men inkludert alle over 18 år.

- Intervensjon - tiltak rettet mot pasientene.
- Klimakteriet - overgangsalderen



## **2.0 Teoribakgrunn**

### ***2.1 Hva er hjerteinfarkt?***

I følge Jacobsen et al. (2009) har omlag 100.000 personer i Norge så langt kommet hjertesykdom at hjertet svikter. Som oftest skyldes dette høyt blodtrykk eller hjerteinfarkt eller en kombinasjon av disse. Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom der sykdommen skyldes redusert blodtilførsel til hele eller deler av hjertet. Den plutselige koronarokklusjonen fører til at tilhørende deler av hjertemuskelen ikke får tilført oksygen og dør. Koronarokklusjonen oppstår som oftest på grunn av forkalkninger og trombedannelse i blodåren. Deretter inntreffer en betennelsesreaksjon der det døde muskelvevet erstattes med bindevev (Jacobsen et al. 2009). Hvert år blir om lag 12.000 personer lagt inn på sykehus med akutt hjerteinfarkt (Høybakk 2008). Typiske symptomer på hjerteinfarkt kan være; klemmende brystmerter, kvalme og brekninger, engstelse, blek og kaldsvett og dyspné (Jacobsen et al. 2009).

### ***2.2 Hvem rammes av hjerteinfarkt?***

Både kvinner og menn rammes av denne sykdommen, men de kan ha forskjellige symptomer. Hjerte og –karsykdommer er den hyppigste dødsårsaken blant middelaldrende og eldre mennesker i Norge. Hvert år dør om lag 40 % av den vestlige befolkningen av hjerte- kar sykdommer, av disse er det flest menn (Jacobsen et al. 2009).

Folkehelseinstituttet skriver om hjerteinfarkt og annen iskemisk sykdom at høyt kolesterolnivå, høyt blodtrykk og røyking er den viktigste risikofaktoren for å få hjerteinfarkt. Menn rammes om lag 10 år tidligere i livet enn kvinner, og menn har fem ganger større dødelighet enn kvinner. Mellom 12.000- 15.000 personer får akutt hjerteinfarkt i Norge hvert år. I 2009 døde 5378 personer av iskemisk hjertesykdom som omfatter hjerteinfarkt og angina pectoris (Selmer, Tverdal og Vollset m fl, publisert 06.01.2011).

I følge Løvlien (2010) blir risikofaktorer oftere vurdert hos menn enn hos kvinner. Risikofaktorer som diabetes, hypertensjon, inaktivitet, alkohol og røyking er av større risiko hos kvinner enn menn. Etter 70 års alderen, er forekomsten lik blant begge kjønn. Men etter 80 års alderen er forekomsten høyere hos kvinner (Løvlien 2010).

### ***2.3 Ulike sykdomsforløp hos kvinner og menn***

Kvinner og menn kan ha ulike symptomer på et hjerteinfarkt. Kvinner kan ha mer diffuse symptomer som kan minne om andre sykdommer. Slike tegn kan være abdominale smerter, smerter i rygg og utmattelse. Det kan derfor være vanskeligere og stille diagnosen hjerteinfarkt hos kvinner enn hos menn (Høybakk 2008). Løvlien (2010) beskriver i sin doktorgrad at kvinner får senere hjerteinfarkt enn menn. Dette kan være på grunn av at kvinner er ”beskyttet” av hormoner før klimakteriet, og at menn har mer ustabil plakk i koronararteriene. Det kommer også frem at kvinner har mindre hjerte og koronararterier i volum. Kvinner har også oftere så kalte ”stumme” hjerteinfarkt enn menn. Noe som kan være av betydning når det gjelder behandling. Hjerteinfarkt hos kvinner utvikler seg mindre dramatisk, men heller utvikler seg over tid (Løvlien 2010).

### ***2.4 Behandling til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt***

Høybakk (2008) beskriver at intervensjon skal settes i verk raskt, dette for at skaden skal bli minst mulig. Er det over 60-90 minutter til nærmeste sykehus skal behandlingen starte i ambulanse. Hensikten er å redusere skadeomfanget på hjertemuskelen. I ambulansen kan de få MONA- behandling og trombolytisk behandling som har til hensikt å gjenopprette blodstrømmen.

MONA- behandling er: Morfin- smertestillende i form av morfin gitt intravenøst. Oksygen- via nesekateter eller maske. Nitratpreparat- glyseroltrinitrat, som tablett eller spray under tungen. Asetylsalisylsyre- har blodfortynnende effekt (Høybakk 2008,149).

Ved ankomst til sykehuset kan det gis PCI- perkutan koronar intervensjon, om det ikke har gått over 60-90 minutter. PCI går ut på å åpne den tilstoppede koronararterien på grunn av trombosedannelse (Høybakk 2008). I Løvlien (2010) kommer det frem at den første tiden etter hjerteinfarkt er en kritisk fase. Det å komme inn til tidlig behandling, innen to timer, reduserer dødeligheten (Løvlien 2010).

## **2.5 Krisereaksjoner etter akutt hjerteinfarkt**

Eide og Eide (2007) beskriver at alvorlige og vanskelige livshendelser omtales med en fellesbetegnelse for kriser. Det skiller gjerne mellom to type krisereaksjoner, livskrise og traumatisk krise. Å få en akutt sykdom som hjerteinfarkt kommer inn under den traumatiske krisen, *”da denne krisesituasjonen brukes gjerne om belastninger – fysisk, psykiske eller sosialt – som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem”*(Eide og Eide 2007, 167). Pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt kan oppleve slike ulike former for psykiske krisereaksjoner (Haugland, Hansen og Areklett 2001).

Krisereaksjoner kan inndeles i fire ulike faser: Sjokkfasen – reaksjonsfasen – bearbeidelse eller reparasjonsfasen, - og nyorienteringsfasen. Vi har videre tatt utgangspunkt i sjokkfasen, da vi skriver om akutt hjerteinfarkt og angst. Informasjonen som pasientene får i sjokkfasen bør gjentas på et senere tidspunkt. Dette på grunn av at informasjonen kan ha blitt delvis oppfattet eller missforstått. At pasienten er i sjokk er ikke alltid like lett å oppdage, fordi pasientene som oftest virker rolige og har en u-påfallende adferd (Eide og Eide 2007). Travelbee (1999) beskriver også at angst påvirker menneskers oppfatnings- og læringsevne. Et lavt angstnivå kan gjøre en mer beredt til å lære. Mens et for høyt angstnivå kan gjøre at pasientene blir mindre mottakelig for informasjon. Det kan være på grunn av at de kanskje er i en sjokkfase, hvor pasienten ikke er orientert for tid og sted (Travelbee 1999).

## ***2.6 Angstens innvirkning på pasientens situasjon.***

Å få et hjerteinfarkt kan være en stor påkjenning for den enkelte pasient. Livssituasjonen blir plutselig forandret og det skaper usikkerhet (Haugland, Hansen og Areklett 2001). Travelbee (1999) mener at vi mennesker har en evne til å søke etter mening med lidelse, sykdom og smerte, noe som er en uunngåelig del av livet. Videre sier Travelbee at sykepleiere skal hjelpe hver enkelt pasient i å finne mening med sykdommen for å fremme helse. Angst er en subjektiv opplevelse, og kan derfor ikke observeres direkte. Hummelvoll (2004) beskriver i sin bok at angst kan oppleves som en ubehagelig bekymring og uro, eller en underlig forutelse av noe truende. Det kommer også frem at eksistensiell angst er når en person opplever trussel mot noe verdifullt, for eksempel livet. Det å bli konfrontert med trusselen for eksempel døden, kan utløse angst. Frykten for ikke å eksistere er sterk (Hummelvoll 2004).

## ***2.7 Joyce Travelbee***

Vi har valgt å bruke teorien til Joyce Travelbee i vår studie på grunn av at hun legger vekt på forholdet mellom sykepleier og pasient. Sykepleiernes viktigste redskap for å etablere et menneske- til- menneske forhold til pasienten er kommunikasjon. Det er gjennom kommunikasjonen vi skaper tillitt til pasienten. Travelbee er sentral i vår oppgave da hun belyser hvor viktig det er med god kommunikasjon i utøvelsen av sykepleie, hun var spesielt opptatt av de mellommenneskelige aspektene. Hennes filosofi bygger på et eksistensialistisk menneskesyn. Det går ut på at smerte og lidelse er en uunngåelig del av livet, og at sykepleiere ut i fra dette skal hjelpe den som er syk med å finne mening i situasjonen han gjennomgår (Travelbee 1999).

## ***2.8 Behovet for informasjon.***

I følge Tveiten (2008) er pasientinformasjon svært viktig i forhold til ulike lidelser. Pasientene har behov for og rett til informasjon som angår dem selv. På grunn av manglende informasjon kan pasientene oppleve utrygghet, usikkerhet og økt lidelse. Sykepleiere som yter helsehjelp har plikt til å informere både pasienter og pårørende.

Fagermoen (2001) beskriver at det å være akutt syk og bli innlagt på sykehus, berører pasientens tanker og følelser. De som er innlagt på sykehus mangler ofte kunnskaper og kontroll over egen situasjon, noe som fører til usikkerhet og maktesløshet. Pasientene kan ha vansker med å konsentrere seg og ta til seg informasjon. Det og ikke ha kunnskaper om egen sykdom, behandling og undersøkelser, er noe av det som skaper mest angst under et sykehusopphold (Fagermoen 2001).

Pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd, sier blant annet at pasienter har rett til å delta i gjennomføringen av helsehjelpen de får. Den informasjonen de får skal tilpasses den enkeltes tilstand og evne til å ta til seg informasjon. § 3-2 første ledd, beskriver at pasientene skal ha den informasjonen de har behov for. Slik at de får en tilstrekkelig forståelse av sin helsetilstand og hvilken helsehjelp de får (Pasientrettighetsloven 1999, sist endret 13.04.10).

Den vanligste formen for å undervise er å gi informasjon. Pasientene ønsker informasjon om det de selv mener er viktig. Dette kan for eksempel være psykososial støtte og hvordan tiden etter sykehusinnleggelsen kommer til å bli. Det kommer også frem at pasientene selv føler de må ta initiativ til å snakke med sykepleieren, og at informasjonen ofte oppleves uforutsigbar og personavhengig (Granum 2003).

Tveiten (2008) beskriver at hvis informasjon og undervisning skal kunne ha en positiv effekt, må den mengden informasjon som gis bli tilpasset pasientens psykiske og fysiske tilstand. Pasientene har ulike læreforutsetninger og det er behov for individualisering i forholdt til den mengden av informasjon og vanskelighetsgrad pasienten får. Hvilke pedagogiske tilnærminger som egner seg for den enkelte pasient i forhold til ulike lidelser må vurderes etter hver enkelt pasients læreforutsetninger. Ulike tilnærminger kan være samtale, skriftlig materiale, kombinasjon av både muntlig og skriftlig, illustrasjon med bruk av tegninger og film, men også bruk av bilder og brosjyrer (Tveiten 2008).

I følge Høybakk (2008) kommer det frem at pasientene savner tilstrekkelig informasjon om angst, depresjon og livet etter hjerteinfarkt. *”En viktig målsetning for informasjon er å gi pasienten og familiens større grunnlag for å forstå sykdomsutviklingen og motvirke følelsen av hjelpeløshet”* (Høybakk 2008, 177).

## ***2.9 "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients***

Dette er en reviewartikkel som vi ønsker å ha med i bakgrunnsteorien vår, før vi selv begynner på vår litteraturstudie. Målet med artikkelen var å sette fokus på angsten i forhold til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Artikkelen er fra USA og skrevet av professor Debra K. Mose, ved sykepleierhøyskolen i Kentucky.

Angst er vanlig blant pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Opp til hele 70- 80 % av hjerteinfarktpasienter opplever angst. De fleste av disse pasientene opplever et høyt nivå av angst, mens mindretallet opplever et lavt nivå av angst. Høy angst påvirker pasientenes livskvalitet, og kan virke inn på pasientens evne til å lære eller handle når det gjelder å ta til seg informasjon om det som gjelder livsstils endringer. Men også det å overholde medisiner, fysisk aktivitet, og kosthold blir vanskeligere på grunn av angsten. Det viser seg at angsten også har innvirkning på utfallet av hjerteinfarkt. Flere av pasientene får komplikasjoner på sykehuset etter et akutt hjerteinfarkt og opplever angst. Slike komplikasjoner kan være nye infarkt, ventrikkelflimmer, og død. Dette gir grunnlag for kartlegging av angst, og viktigheten av dette. Det viser seg at kvinner har høyere risiko for å utvikle negative følelser etter et infarkt. Kvinner opplever mer angst enn menn etter et hjerteinfarkt, og dobbelt så mange kvinner rapporterte om høyt nivå av angst i forhold til menn. Det viste seg også at sykepleierne la lite vekt på pasientens verbale forklaringer når de skulle vurdere angst hos pasienten. Men vektla heller blodtrykk, respirasjon, rastløshet og hjerterefrekvens (Mose 2007).

### ***2.10 Sykepleiernes ansvar***

En akutt situasjon, som det å få et plutselig og uventet hjerteinfarkt kan føre til at pasienter blir urolige og stresset. En viktig oppgave for sykepleieren er å skape trygghet hos pasienten. Dette ved at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skal skje. Sykepleieren må observere om pasienten forstår og tar til seg informasjonen som blir gitt, og at de passer på og gjentar informasjonen senere i prosessen. For å skape tillit til pasienten må sykepleieren igjennom sine handlinger vise at hun er til å stole på. Det og få

hjerteinfarkt kan for mange pasienter være stressende og noen kan kjenne på en redsel for å dø. Pasienter som kommer inn på sykehuset kan være urolig og engstelig. At sykepleier klarer å beherske den oppståtte situasjonen rundt pasienten, og å holde en rolig atmosfære kan redusere angst og stress (Høybakk 2008).

Travelbee (1999) beskriver at sykdom eller skade er en trussel mot hver enkelt person. Den opplevelsen personen har av sykdommen er mye viktigere enn diagnosesystemer som helsepersonell har. Hvordan den enkelt opplever sin sykdom er umulig for andre å vite, før sykepleieren setter seg ned sammen med pasienten, og finner ut hvilke tanker han har om sin egen tilstand (Travelbee 1999).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Metoden vi har brukt i denne studien er en systematisk litteraturstudie.

I Granskär og Höglund- Nilsen (2008) beskriver Axelsson at en systematisk litteraturstudie er basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler (Axelsson 2008). En systematisk litteraturstudie er en metode hvor forfatterne systematisk skal finne forskningsartikler. Fremgangsmåten er å ha en klar problemstilling, søkestrategi og finne relevante artikler ut i fra et bestemt tema. Deretter må forfatterne kvalitetsbedømme og kritisk vurdere artiklene ut i fra ulike skjemaer. Videre må vi begrunne hvorfor vi har valgt og inkludere og ekskludere artikler i oppgaven, for å så analysere resultatene av artiklene (Forsberg og Wengstrøm 2008).

#### ***3.1 Datasamling***

Gjennom datasamling skulle forfatterne finne forskning som skulle besvare vår hensikt og problemstillinger. Vi ønsket å finne ut hvordan sykepleiere gjennom god informasjon kan redusere angst hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Vi valgte å bruke både kvalitative og kvantitative artikler i studien.

Ved at vi anvender kvalitative artikler vil vi kunne fange opp pasientens meninger, deres subjektive opplevelse og erfaringer. Ved at vi anvender kvantitative artikler gir disse oss informasjon i målbare enheter som kan si noe om en større mengde (Dalland 2007).

#### ***3.2 Valg av databaser***

I dette litteraturstudiet hvor vi søkte etter forskningsartikler har forfatterne søkt i de ulike Ovid databasene; Medline, Psykinfo og Ovid nursing. Disse databasene ligger tilgjengelig inne på bibliotekets hjemmeside. I tillegg søkte vi i SveMed+ og British nursing index, men på grunn av lite funn ble disse fort ekskludert.



### ***3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier***

Inkludert:

- Menn og kvinner
- Voksne over 18 år som har gjennomgått et hjerteinfarkt
- Kvalitative forskningsartikler
- Kvantitative forskningsartikler
- Original- og refereevurdert artikler
- Artikler fra årstall mellom 2005- 2011(current)
- Norsk, svensk, danske og engelsk.

Ekskludert:

- Artikler fra Asia og Afrika
- Reviweartikler

### ***3.4 Begrunnelse for inklusjon og eksklusjonskriterier***

Når vi begynte litteratursøkingen etter artikler skulle de ikke være eldre enn fem år, det vil si fra 2005 til 2010- 2011. I vår studie kom vi etter hvert frem til at vi skulle anvende både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. I starten av søkeprosessen inkluderte vi kun kvalitative artikler. Men på grunn av lite funn, måtte vi også inkludere kvantitative artikler. Ved å bruke begge disse metodene ble det rom for både diskusjon, for eksempel pasientens erfaringer kommer frem, samt at vi fikk en måleenhet over statistikk og over hvor mange som er fornøyde med informasjonen. Vi har vurdert artiklene ut i fra høy, middels eller lav kvalitet. Vi har kun tatt med de som ble betegnet som høy, for å sikre best mulig kvalitet på vår studie. Vi ønsket å inkludere både kvinner og menn med den hensikten at vi da får et større perspektiv, og siden artiklene vi har funnet beskriver både menn og kvinners subjektive opplevelse er dette relevant å belyse. I litteraturstudien inkludert vi artikler som var på Norsk, Svensk, Dansk eller Engelsk. Da dette er språk som vi behersker. Artiklene

fra Asia og Afrika ble ikke tatt med i denne studien. Dette på grunn av det er stor forskjell mellom kultur, levemåte og synet på helse i forhold til den vestlige verden. Vi har likevel valgt å inkludere en forskningsartikkel fra Australia, da vi ser på Australia som et vestlig land med mange fellestrekk som nord Europa.

### ***3.5 Fremgangsmåte ved litteratursøkene***

#### **3.5.1 Søkestrategi**

For å søke etter artikler hadde vi flere muligheter. Begge forfatterne hadde muligheter til å søke hjemmefra, samt å søke fra skolen via skolebiblioteket. Høgskolen i Molde gjorde det mulig for oss studenter til å bestille ekstra tid hos en bibliotekar. Hun skulle veilede oss i bruk av databaser, og hvordan sette sammen søkeord og søke etter artikler.

Da vi søkte i de ulike databaser brukte vi de samme søkeordene gjennom hele søkeprosessen. Vi oversatte de norske ordene til engelsk før vi begynte å søke i de ulike databasene. På grunn av at litteratursøking er et omfattende arbeid og tar lang tid, startet forfatterne tidlig med søkeprosessen. Vi begynte å søke i begynnelsen av august, høsten 2010 og fremt til februar våren 2011. Grunnen til at den lange søkeprosessen var at vi i starten hadde fokus på og å inkludere kvalitative artikler. Men fikk etter hvert problemer med å finne nok artikler. Derfor bestemte vi oss for også å inkludere kvantitative forskningsartikler, for å kunne besvare vår hensikt og problemstillinger. Vi laget tidlig et PIO skjema som vi skrev ord som vi ønsket å søke med. PIO skjema skulle være til hjelp til å få en god oversikt (vedlegg 1). Da vi startet hadde vi for få ord i de ulike databasene, som resulterte i at vi ikke fikk så mye variasjon, og snevre treff. Etter hvert prøvde vi flere ord, og ble bedre til å avgrense oss. Dette gjorde at vi fikk treff som var ”lesbare”. Da vi leste artiklene, hadde de relevante ”nøkkelord” som kunne være til hjelp videre for vår litteratursøking, og som gav oss treff som svarte på våre problemstillinger. Ut i fra hvilken database vi søkte i, endret vi søkestrategi og trunkeringstegn. Dette på grunn av at de forskjellige databasene er ulikt oppbygd. Hvilke trunkeringstegn vi måtte bruke stod som oftest i databasene. Ut i fra de ulike databasene vi søkte i, var det de forskjellige Ovid databasene som ga oss flest relevante treff.

Vi har valgt å bruke PIO modellen i stede for PICO. Dette på grunn av at (C) comparison ikke er relevant for oss. Da den brukes for å sammenligne to tiltak mot hverandre. Det er gjennom (I) intervensjonen at vi får vinklet søkene våre i riktig retning (Nortvedt 2008).

PIO står for; P- hvilken type pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet? I- hvilket tiltak, eller hvilken gruppe intervensjonen ønsker vi å vurdere? O- hvilke utfall eller endepunkt er vi interessert i? Hvilke effekter av tiltakene ønsker vi vurdert?(Nortvedt 2008, 29).

MeSH- termer er noe vi valgte å bruke lite av i dette litteraturstudiet. Grunnet uoversiktlige og urelevante treff. Vi har prøvd å bruke MeSH- termer ved enkelte databaser og søkeord. Som da vi ikke fikk treff på ordet ”heart disease” i databasen Medline. Men at ordet kom opp som MeSH- term da vi søkte på ”heart attack”. I slike tilfeller valgte vi å bruke MeSH- term (vedlegg 3).

Da vi søkte i de ulike databasene fikk vi forskjellige antall treff på søkene. For å finne ut om noen av artiklene var relevant for vår studie, leste vi først overskriften, virket den relevante leste vi sammendraget. Dette kan ha medvirket i at vi har mistet relevante artikler, siden vi ikke har lest alle sammendragene. Etter å ha lest sammendraget bestilte vi artikkelen gjennom BIBSYS ask på biblioteket sin hjemmeside. De fleste artiklene ble bestilt via biblioteket, da få av de artiklene vi fant var i fulltekst. Begge forfatterne har lest gjennom forskningsartiklene og kvalitetsvurdert de sammen og hver for seg. For så å gå gjennom artiklene sammen i forbindelse med analyseprosessen.

Videre så vi også etter om de vitenskapelige artiklene var bygd opp etter IMRAD- prinsippet, det vil si om artiklene inneholdt; hvorfor forfatterne gjør denne studien, hvordan de gjorde studien og analyse av innsamlede data, funn og til slutt hva de mener resultatene betyr (Nortvedt 2007).

### **3.5.2 Søkeord**

De mest brukte søkeordene var ”myocardial infarction”, ”information”, ”nurs”, ”anxiety”. Disse søkeordene har gått igjen gjennom hele søkeprosessen vår.

Det ble brukt ”advanced search” for å kunne kombinere flere søkeord på en gang.

I de ulike Ovid databasene brukte vi ”AND” og ikke ”OR” mellom ordene vi søkte med. Dette for å søke med alle ordene og ikke bruke enten eller. Men valgte likevel å bruke ”OR” mellom enkelte ord, som nevnt ovenfor under MeSH- termer. Etter at vi hadde søkt opp alle de relevante søkeordene som vi mente kunne besvare vår hensikt og problemstilling, måtte vi avgrense søket ved å bruke ”limit a seach”. Vi avgrenset årstall fra 2005 til 2011(current). For å finne artikler som var skrevet på et språk vi behersker måtte vi også avgrense til Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk. Dette gjorde at vi slapp å ekskludere så mange artikler, i og med at vi hadde en nøyaktig avgrensning.

Da vi skulle kombinere de ulike søkeordene gikk vi ut i fra PIO- skjemaet vårt (vedlegg 2). Vi startet med å sette sammen et søkeord fra P-problem (myocardial infarction), sammen med et søkeord fra I- intervention (information). Etter dette kombinerte vi (P-I) sammen med O- outcome (anxiety), (Nortvedt 2007). Mellom de ulike søkeordene brukte vi ”AND”, dette for å søke med alle søkeordene i ett og samme søk.

### **3.6 Kvalitetsbedømming av artiklene**

Ved kvalitetsbedømming av artiklene anvendte vi sjekklister fra Nortvedt (2007). De samme sjekklister ligger også på kunnskapssenteret sine hjemmesider som vi viser til i (vedlegg 6). Vi brukte sjekklister som var beregnet på kvalitative, RCT og prevanlensstudier. Dette var en måte å kunne bedømme om artiklene vi søkte etter var relevante for studien vår. Sjekklisten inneholdt 10 hovedspørsmål som kunne gi svarmuligheter ”ja”, ”nei”, ”uklar” eller ”begrunnelse”. For at vi kunne vurdere om de var gode nok til og bli inkludert i vår studie, brukte vi ”god”, ”middels” eller ”lav” kvalitet. Vi vurderte artiklene etter hvor mange besvarte ”ja” de hadde fått, om de oppfylte alle eller nesten alle kriterier, så gav forfatterne ”god” kvalitet. Middels kvalitet fikk artiklene som ga ”nei” i tre av ti tilfeller, og svaralternativene som gav mange ”nei” fikk lav kvalitet. Disse artiklene ekskluderte vi (vedlegg 4). Da vi begynte å kvalitetssikre hadde vi i alt

tjuetre artikler. Men bare tretten artikler hadde den kvaliteten som vi ønsket. Dette tilsvarer et frafall på ti artikler.

For å finne ut om artiklene våre var referee bedømt, gikk vi inn på nettsiden til ”Norsk samfunnsvitenskaplige datatjenester” til ”publiseringskanaler”, for å så skrive inn navnet på tidsskriftet til hver enkelt artikkel. Det kom da frem hvilket nivå artikkelen hadde. Hvis artiklene hadde nivå en eller to var de referee bedømt. Flere av artiklene våre kom fra samme tidsskrift, hos disse merket vi de ulike årstallene og hvilket nivå de ulike årstallene hadde (vedlegg 4). Alle våre artikler ble bedømt til nivå en eller to. Artiklene måtte helst ha nivå en eller to, for å kunne inkluderes i studien ([www.nsd.no](http://www.nsd.no)).

### ***3.7 Etiske overveielser***

Forfatterne har fra starten av lagt vekt på at artiklene oppfyller etiske krav, på grunn av at det forskes på mennesker. Dalland (2007) beskriver, for at forskning på menneske skal være akseptabelt må forskningen være overens med bestemte retningslinjer som Hovedkomiteen for norsk forskning har konkludert med. Disse retningslinjene bygger på Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen (Dalland 2007). I Norge har vi lov om personvern, som skal verne om anonymitet gjennom NSD. Studier blir også søkt godkjent gjennom den etiske regionale komité (REK).

Av de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien var tolv av dem vurdert av den etiske komité. En av de inkluderte artiklene våre fant vi ikke som godkjent. Men valgte likevel og inkludert denne, på grunnlag av at informantene ble informert om hva undersøkelsen gikk ut på. Artikkelen var relevant for vår litteraturstudie, og hadde mange av de samme funnene som andre vitenskapelige artikler som var etisk vurdert og godkjent.

### **3.8 Analyse**

For å kunne analysere datamaterialet systematisk har vi tatt utgangspunkt i Malteruds (2003) fire trinn og tilpasset metoden for vårt formål. Hennes metode er benyttet slik hun beskriver den i sin bok. Vi kvalitetsvurderte å leste artiklene vi hadde inkludert hver for oss, for og videre diskutere funnene i hver enkelt artikkel sammen.

I Malterud (2003) første trinn går arbeidet ut på å bli kjent med stoffet som er blitt samlet inn (Malterud 2003), se oversiktstabell over inkluderte artikler (vedlegg 5). Vi leste artiklene på nytt og skrev sammendrag, mens vi hadde problemstillingene i bakhodet. For å så få oversikt over temaer som går igjen i artiklene og som svarer på hensikt og problemstillinger. Vi endte opp med fem hovedtemaer som vi tok utgangspunkt i videre i analyseprosessen. Hovedtemaene ble;

1. Å være akutt syk
2. Emosjonelle utfordringer
3. Å komme hjem
4. Behovet for informasjon
5. Sykepleierens ansvar

Malterud (2003) andre trinn går ut på og formulerer meningsbærende enheter og skille relevant fra irrelevant tekst. Når vi skal identifisere de meningsbærende enhetene anvendte vi koding. Koding går ut på å bruke fargekoder og markere de meningsbærende enhetene i sammendragene (Malterud 2003). Vi leste gjennom funnene på nytt, og markerte hovedtemaene som gikk igjen med disse fargene grønn; (1), rosa(2), blå(3), orange(4) og rød(5).

I Malterud (2003) tredje trinn er målet å gå fra kode til mening. Materialet skal komprimeres ytterligere, og de meningsbærende enhetene skal sorteres (Malterud 2003). Vi satt igjen med fem grupper av meningsbærende enheter som skulle gi svar på vår hensikt og problemstillinger. Etter dette sortere vi materialet og laget fire undertemaer. Undertemaene ble dannet ut i fra vårt perspektiv og ståsted. Vi endte opp med disse undertemaene;

- Redusert mottaklighet for å ta til seg informasjon
- Individualisert informasjon
- ”Hull” i behandlingen
- Hindringer i kommunikasjonen

Det fjerde og siste trinn til Malterud (2003) går ut på at vi skal sette bitene sammen igjen. Det vil si at vi skal gå fra deler til en ny helhet (Malterud 2003). Vi gikk gjennom hver enkelt kode gruppe og undertemaene for å vurdere om resultatene fortsatt kunne gi oss en god beskrivelse av det vi ønsket å finne ut.

## **4.0 Resultat**

Under analyseprosessen endte vi opp med fem hovedtemaer og fire undertemaer. Hovedtemaene gikk igjen i artiklene å dekket av flere funn, som ga oss svar på vår hensikt og problemstillinger. Hensikten med studien var å belyse betydningen av pasientinformasjon for å redusere angst hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Resultatene er tatt fra åtte kvalitative og fem kvantitative forskningsartikler. Vi valgte å presentere kvantitative og kvalitative funn sammen da disse har mange felles funn.

### ***4.1 Å være akutt syk***

#### **4.1.1 Redusert mottakelighet for å ta til seg informasjon**

I følge våre funn er det flere faktorer som spiller inn på mottakeligheten til pasienter som er akutt syk. Det som gjentar seg i artiklene er at pasientene har vanskeligheter med å huske informasjonen de mottar.

I Askham et al. (2009) sin studie kommer det frem at pasientene husket at de fikk informasjon, men ikke om hvilken informasjon de fikk. De var stresset, utmattet og hadde vanskeligheter med å konsentrere seg mens de var innlagt. Noen var også stresset for å ha fått diagnosen hjerteinfarkt. Som igjen hadde innvirkning på hvor mottakelig pasienten var i sin situasjon. I følge Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) og Smith og Liles (2006) kan mange pasienter ha vansker med å forstå informasjonen mens de er innlagt på sykehuset. Det er mange ting som skjer på en gang og de kan føle seg forvirret. Pleiepersonellet oppfordret pasientene til å stille de ansatte spørsmål, om det var noe de lurte på. Men pasientene hadde vansker med å finne noe å spørre om.

Rushford et al. (2007) og Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) beskriver i sin studie at alder har en betydning når det gjelder å motta og huske informasjon. Det poengteres at desto eldre pasientene er, desto mindre husker de. Det viste seg også at de eldre pasientene over 65 år, ønsket mer informasjon enn sine yngre medpasienter. Personalet ble derfor oppfordret til å tenke på dette når de skulle gi informasjon.



## **4.2 Emosjonelle utfordringer**

Ut i fra funnene viser det seg at angst, stress og det å takle endringer i den nåværende livssituasjon blir for mange en emosjonell utfordring. Livet ble snudd opp ned på grunn av at de hadde blitt akutt syk, og hadde et større behov for psykisk og sosial støtte.

I studien til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), ser vi at noen av deltakerne var redde for å dø. Det kommer også klart frem i studien at noen av deltakerne følte angst og depresjon for det de nettopp hadde vært igjennom. Studien til Condon og McCarthy (2006), hadde sammenlignbare funn, hvor det viste seg at flere av deltakerne hadde angst for å legge infarkt bak seg og det å komme tilbake til det normale livet. Men at det å komme tilbake til det gamle livet hadde stor betydning for pasientene. Hjerterinfarkt hadde ført til at deltakerne ble angstfylte angående det å gjøre livsstilsendringer. Men de kjente på det at det var vanskeligere og gjøre slike endringer, enn det de hadde trodd. Likevel var de fornøyde med den støtten og informasjonen de hadde fått mens de var på sykehuset, og at de følte de hadde blitt tatt godt hånd om. Mange var takknemlige for å ha fått en ny sjanse.

Strand og Fridlund (2006), beskriver at det å få en akutt sykdom fører til tap av kontroll som førte til angst, som igjen kommer frem ved stress hos deltakerne i denne studien. I studien til Frederiks (2009), kom det frem at pasientene opplevde stress av å være på sykehus, dette kan ha påvirket angstnivået til pasientene. Videre i Strand og Fridlund (2006), kommer det frem at deltakerne hadde vansker med å takle dagliglivet og ønsket den samme kontrollen over livet som de hadde før de ble akutt syk. Stress etter hjerterinfarkt ble sett på som angst på grunn av at de hadde vært syk. Det kommer klart frem i studien at deltakerne ikke fikk den psykiske og praktiske støtten som de hadde behov for, eller blitt lovet fra kommunehelsetjenesten. Flere av deltakerne i studien hadde deltatt på rehabiliterings program, der de var med på gruppemøter sammen med andre mennesker som var i samme situasjon. Spesielt de yngre pasientene opplevde at det var stressende og delta på disse gruppemøtene. De hadde nok med sin egen sykdom og følte at de ikke hadde noe til felles med de andre.

Også studiene til Askham et al. (2009) belyses det hvor viktig det er med støtte til disse pasientene. Det kommer frem at deltakerne hadde behov for både sosial og emosjonell støtte, spesielt fra deres nærmeste, men også fra de utenfor familien som for eksempel sykepleiere. Deltakerne i studiet gav uttrykk for at de ønsket støtte om det å komme tilbake til jobb, få tilbake roller i familien, angst og frykt relatert til manglende informasjon om deres nåværende tilstand, og kommende rehabilitering. En av deltakerne i studien opplevde følelser som tap, tristhet, skyldfølelse og ventet bare på at et nytt infarkt skulle komme.

I studie til Koivula, Hautamäki-Lamminen og Åstedt-Kurki, (2010), beskrives det også at pasientene rapportert frykt og angst etter hjerteinfarkt. Det viste seg at kvinner hadde mer frykt og angst enn menn. Alder hadde også en vesentlig betydning da det viste seg at de yngre deltakerne under 65 år, opplevde mer angst og frykt enn deltakerne over 65 år.

### **4.3 Å komme hjem**

#### **4.3.1 "Hull" i behandlingen**

I følge våre funn kommer det frem at tiden fra utskrivelse og til starten av et eventuelt rehabiliterings program viste seg å være angst skapende, og for mange en utfordrende tid. De hadde ønske om å snakke med noen, men det var ingen å snakke med.

Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), beskriver i sin studie at når deltakerne kom hjem, savnet de noen å snakke med og noen å stille spørsmål til før de eventuelt startet på et rehabiliteringsprogram. Når deltakerne kom hjem og fikk ro i rund seg fikk de tid til å tenke på hva de hadde vært gjennom. Det var da alle spørsmålene kom, men det var ingen å spørre. Da de kom hjem opplevde flere av deltakerne angst, men det viste seg å være individuelt hvor lenge angsten preget deres livssituasjon. Deltakerne følte i tiden etter hjemkomst når ting hadde roet seg, at de ønsket mer informasjon om ulike temaer. Som bland annet, mestring av fysiske og psykiske konsekvenser av sykdommen, fysisk aktivitet, livsstilsendringer, jobb og medikamenter. Det kom også frem i denne studien at deltakeren ønsket telefonoppfølging etter utskrivelsen. Det å vite at noen viste om dem, og kom til å ringe var betryggende, spesielt for de eldre pasientene.

Astin et al. (2008), og Smith og Lies. (2006), beskriver tiden fra pasientenes utskrivelse til oppstart av rehabilitering som et "hull" i behandlingen. Dette er en stressende periode hvor mange har behov for informasjon, men det er ingen der som kan gi de den informasjonen. Oterhals et al. (2006) beskriver også i sin studie at en del pasienter følte at de hadde fått en manglende informasjon når de kom hjem. Disse pasientene var generelt yngre og hadde kortere sykehus opphold enn de som ikke følte at de manglet informasjon. I studie til Koivula, Hautamäki-Lamminen og Åstedt-Kurki, (2010), og Strand og Fridlund (2006), kommer det frem at det og kommer hjem var forbundet med angst, frykt og stress. De som bodde alene opplevde mer angst og frykt enn de som hadde partner.

Astin et al. (2008), beskriver i sin studie at spesielt de første fem dagene etter hjemkomst var mest utfordrende, da deltakerne var redde for å være hjemme alene. Mens det i studien til Eriksson, Asplund og svelund (2009), kommer det frem at de fleste deltakerne gledet seg og syntes at det var godt og kommer hjem, men at det samtidig var utfordrende siden de opplevde frykt.

## ***4.4 Behovet for informasjon***

### **4.4.1 Individualisert informasjon**

Det viste seg at tidspunktet informasjonen ble gitt på, spilte en viktig rolle for hvor mye informasjon pasienten klarte å ta til seg. Noen deltakere ga også uttrykk for at de ikke alltid hadde behov for så mye informasjon i den akutte fasen.

I følge Astin et al. (2008), viste det seg at tidspunktet informasjonen ble gitt på varierte, men at de foretrakk å få informasjon tredje dag på sykehuset eller i tidlig fase etter utskrivelse. Dette funnet kan sammenlignes med funn fra Fredricks (2009) som er en RCT- studie, hvor det kommer frem at deltakerne som fikk informasjon mens de var på sykehuset, hadde høyere nivå av angst enn de som fikk informasjon etter hjemkomst.

I følge Höglund et al. (2010), ser både sykepleiere og pasientene på pasientdelaktighet som informasjon. En pasient beskrev delaktighet som en flom av både skriftlig og muntlig informasjon. En utfordring er å søke etter delaktighet hos pasientene i en akutt fase. En

pasient gav utrykk for at han ikke trengte så mye informasjon i den akutte fasen av sykehusoppholdet, han ville bare vite hva som skjedde der og da. Fordi han likevel ikke klarte å ta til seg mer informasjon.

Funnene her viser at måten informasjonen ble gitt på varierte, men at deltakerne generelt var enige om at informasjonen var for lite individualisert. Informasjonen som ble gitt var som oftest standardisert, og pasientene hadde vanskeligheter med å nyttiggjøre seg den.

I studien til Oterhals et al. (2006) var deltakerne generelt fornøyde med den informasjonen de fikk på sykehuset, men samtidig følte 65 % at de fikk for lite informasjon. Desto mer informasjon pasientene fikk, desto mer fornøyd var de med sykehusoppholdet. De var minst fornøyd med informasjon de hadde fått om medikamenter og komplikasjoner som kunne oppstå etter infarkt. Deltakerne fikk mest informasjon om røyking, hva hjerteinfarkt er og grunnen til infarkt. Mens de fikk minst informasjon om, seksuell aktivitet, bruk av medikamenter, livsstil og problemer som kan komme i etterkant av et hjerteinfarkt. Funnene videre i studien viser at det ikke er funnet sammenheng mellom mengden av informasjon som blir gitt, og lengden på sykehusoppholdet. De yngre pasientene fikk mest informasjon under selve sykehusoppholdet, men var også de som savnet mest informasjon etter utskrivelse. Dette virker motstridende i forholdt til funnene fra Rushford et al. (2007) og Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) sine studier. Hvor det kommer frem at det er de eldste pasientene som ønsker mest informasjon.

I studien til Astin et al. (2008), ble det beskrevet mange forskjellige måter å gi informasjon på, og hva som er betydningsfullt for hver enkelt av deltakerne. Deltakerne satte stor pris på at informasjonen de fikk var ærlig, lett å forstå, skriftlig og gitt på et forståelig språk. Noen av deltakerne i denne studiet foretrakk å få muntlig informasjon før det skriftelige materialet, da den skriftlige informasjonen ble enklere å forstå. Deltakerne likte å sitte sammen med helsepersonell ansikt til ansikt fordi dette gav muligheter for å stille spørsmål. Noen følte at sykepleieren hadde for lite kunnskap, men likevel snakket samme språk som de. Video, hjertemodeller og angiografi ble brukt til å forsterke den standardiserte informasjonen, og den individualiserte informasjonen ble sett på som verdifull. Det er viktig at informasjonen er individualisert og virker meningsfull for å forebygge potensielle misforståelser. Både Smith og Lies (2006) og Hanssen, Nordrehaug

og Hanestad (2005), la vekt på individualisert informasjon i sine studier, og viktigheten av dette.

I studien til Smith og Lies (2006), var det mange deltakere som hadde behov for rehabilitering, støtte og informasjon. Men som ikke fikk dette, på grunn av mangel på tilbud der deltakerne bodde. Det kommer også klart frem i denne artikkelen at det er viktig med individualisert informasjon. Deltakerne gav uttrykk for at de ønsket informasjon om: medisiner, symptomer, behandling, aktiviteter i dagliglivet, risikofaktorer, anatomi og støtte. Videre kommer det fram i artikkelen at sykehusoppholdene blir stadig kortere, noe som reduserer mulighetene for sykepleiere til å gi informasjon. Dette understreker utfordringen med tilstrekkelig vurdering og møte pasientens behov for informasjon.

I studien til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), blir det også lagt vekt på viktigheten av individualisert informasjon. Der kommer det frem at de fleste følte seg godt tatt vare på, men at informasjonen ble for generell og noe teknisk. Deltakerne fikk tilbud om brosjyrer, film, informasjon/undervisning i grupper, hvor de fikk undervisning om anatomi av hjertet, hva hjerteinfarkt er, risikofaktorer, livsstil, trening, diett og medisiner. Askham et al. (2009), beskriver i sin studie at den mest suksessfulle måten å gi informasjon på var ved bruk av film/video. Mens brosjyrer var beskrevet som mindre nyttig, da deltakerne ikke orket å lese disse. Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), beskriver videre at all informasjon deltakerne fikk var viktig, men at det var vanskelig å plukke ut hva som var viktig for seg selv/den enkelte. Dette funnet går igjen i en del artikler vi har inkludert. Det kommer også frem i denne artikkelen at noen av deltakeren var svært fornøyde med at helsepersonell satte seg ned sammen med pasientene, og gav de individualisert informasjon. Spesielt da flere av deltakerne syntes at det var vanskelig og nyttiggjøre seg den standardiserte informasjonen. Noe som også kom frem i Astin et al. (2008) sin studie.

I studien til Condon og McCarthy (2006), beskrev en deltaker at han følte seg godt nok informert og var fornøyd med støtten som helsepersonell gav på sykehuset. I motsetning til deltakerne i studien til Oterhals et al. (2006), hvor flertallet syntes at de fikk for lite informasjon. Videre i Condon og McCarthy (2006), fikk deltakerne utdelt

informasjonsmateriale, og det var rom for å stille spørsmål. Det kommer også frem i artikkelen, at det var bare å ringe til sykehuset om det var noe de lurte på.

#### **4.4.2 Hindringer i kommunikasjonen**

Funnene viser at det finnes mange hindringer som kan påvirke kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Hindringene som gikk igjen var blant annet mangel på tid hos personalet, alder og utdanning hos deltakerne.

I Arnetz et al. (2008), sin studie blir det belyst hvor viktig det er at pasientene får informasjon. Helsepersonell uttrykte viktigheten av å involvere pasientene i diskusjoner og behandling, men at dette ikke alltid lot seg gjøre. På grunn av hindringer som mangel på tid hos sykepleierne og andre helsepersonell, og at noen følte seg usikker i kommunikasjonen med pasientene. Her kunne også kultur og språkforskjeller hatt en innvirkning på kommunikasjonen med pasientene.

I Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005), sin studie gav noen av deltakerne uttrykk for at de følte seg usikre i undervisningsgruppen, da det var for mange tilstede. De var redde for å stille spørsmål som kunne virke dumme. Deltagerne syntes det var overveldende og få mye informasjon på en gang, dette gjorde at de ble redde. Mens det i studien til Eriksson, Asplund og Svelund (2009), kommer det frem at noen av deltagerne nevnte at de hadde mangel på klare instruksjoner om for eksempel fysisk aktivitet, medikamenter og hvordan å takle egne følelser. Noe som førte til at de trodde de måtte gi opp de gode tingene i livet. Noe som kan relateres til mangel på informasjon.

Rushford et al. (2007), beskriver at utdanning har en innvirkning på evnen til å ta til seg informasjon. De deltakerne som hadde ti år eller mer skolegang, hadde større sannsynlighet for å huske informasjonen enn de med mindre utdanning. Det viser seg videre i studien at de eldre deltakerne fikk minst råd og informasjon, som blant annet kunne relateres til dårligere hukommelse. Höglund et al. (2010), nevner også noen hindringer som, kulturelle forskjeller, språk, alder og mangel på tid hos personalet.

## **4.5 Sykepleierens ansvar**

Vi fant ut at sykepleierne har et stort ansvar i forhold til å skape trygghet hos pasientene. Det at sykepleierne søkte etter mest mulig delaktighet hos pasientene ga et bedre utgangspunkt for behandlingen.

I Arnetz et al. (2008), beskriver at hele 82 % av deltagerne mente at det er viktig at pasientene er så delaktige som mulig under sykehusoppholdet. Men at det å involvere en pasient gjorde at de fikk mindre tid til de andre pasientene. Hele 98 % av deltakerne som var med i studien mente at det å involvere pasienten gav større sannsynlighet for en suksessfull behandling. Höglund et al. (2010), beskriver også delaktighet og betydningen av dette i forholdt til å involvere pasientene mest mulig. I denne studien gir pasientene uttrykk for at de føler seg tryggere i situasjonen om de får lov til å være delaktige. Pasientene har rett på å være delaktige i bestemmelser om egen helse, dette er noe pasienten bør vite noe om. Spesielt eldre pasienter i denne studien viste ikke om sine rettigheter. Deltakerne hadde ønske om at sykepleierne skulle forsikre seg om at de hadde forstått informasjonen de akkurat hadde snakket om. Dette ved å spørre de spørsmål som; Er det noe du lurer på? Har du forstått hva vi har snakket om?

I studien til Fredricks (2009), kommer det frem at tidspunktet pasienten fikk informasjon på, ikke var avgjørende. Den kunne gis når som helst, men at informasjonen bør være individualisert i forhold til pasientenes behov. Sykepleieren bør se på angstnivået opp mot læringsutbytte til pasienten. For å få best mulig utbytte av informasjonen.

## 5.0 Diskusjon

Diskusjonen er todelt og består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. Her blir drøftingen av metode og funn presentert.

### 5.1 Metodediskusjon

Fra starten av hadde vi fokus på og bare å finne kvalitative artikler. Dette siden vi ville få frem den subjektive opplevelsen og erfaringene fra pasienten. Noe som relaterte mest til vår hensikt og problemstilling. Men etter om lag fire måneder søking fant vi ikke flere enn seks artikler som var kvalitative, og dermed sto vi fast i søkeprosessen. Vi mener dette var en svakhet fra vår side da vi hadde bestemt oss for at vi bare skulle inkludere kvalitative artikler. Denne søkeprosessen gjorde at vi mest trolig gikk glipp av en del relevante artikler. Etter dette måtte vi igjen søke på ny, med et rom for å inkludere kvantitative artikler. Det har vært en lang og tidkrevende prosess, på grunn av at vi har brukt en del søkeord og kombinert mange forskjellige kombinasjoner med disse ordene. Da vi søkte brukte vi PIO skjema som hjelpemiddel. Vi valgte og ikke å bruke (C) da vi ikke ønsket å sammenligne to tiltak mot hverandre. Kanskje kunne vi ha fanget opp forskjeller mellom kvantitative og kvalitative funn, dersom vi hadde brukt (C) i våre søk. Da ting kan gjøres på forskjellige måter, men at vi vurderte det slik at vi ikke tok den med. Under arbeidet med søking har vi brukt databasene fra de ulike Ovid databasene. Dette på grunn av at det var disse databasene vi kjente best til, og ble introdusert for i undervisningen på skolen.

Vi søkte mest i Ovid Medine, Ovid Psykinfo og Ovid Nurse database, da vi fikk flest relevante treff i disse databasene. Vi gjordet noen søk i databasene SweMed+ og British nursing index, men fikk få eller ingen relevante treff. At vi ikke har søkt i andre aktuelle databaser kan ha vært en svakhet, da vi kan ha gått glipp av relevante artikler.

Under søkeprosessen har vi ikke lagt vekt på og brukt MeSH- termer, men anvendte dette likevel i starten av søkeprosessen. Noe som vi fort gikk bort i fra på grunn av at vi følte vi fikk uoversiktlige søk. Vi ser ikke på dette som en svakhet, men kan oppfattes som en svakhet av andre da vi kan ha gått glipp av relevante artikler.



I skolens retningslinjer står det at de inkluderte artiklene ikke skal være eldre enn 5 år fra det året vi begynte å søke. Det vil si at vi måtte ekskludere artikler som var publisert før året 2005. At vi har holdt oss til disse kriteriene mener vi styrker våre funn. Da eldre artikler kanskje ikke belyser dagens problem i samfunnet. Vi har ekskludert artikler fra Asia og Afrika på grunn av at de har en annen levemåte, kultur og sykdomsbilde enn i den vestlige verden. Vi mener at artikler fra disse landene ikke kan belyse problemene like godt, som vi ønsker å undersøke i denne studien. Vi kan ha gått glipp av relevante funn. Men forfatterne tok ikke sjansen, og valgte derfor å ekskludere artikler/funn fra Asia og Afrika.

Til slutt satt vi igjen med 23 artikler, og av disse ble tretten artikler inkludert i vår studie. Av de tretten inkluderte artiklene var åtte kvalitative og fem kvantitative. Det at det ikke er så stor forskjell på antall kvalitative og kvantitative artikler i vår oppgave ser vi på som en styrke. Vi føler at funnene våre står sterkere når vi har flere artikler innen samme metode. I mange av artiklene vi har funnet, står det at det er forsket for lite på dette temaet og at det er behov for ytterligere forskning på området. Dette kan ha medvirket i at vi har måtte endret på flere av våre problemstillinger underveis. Vi hadde i starten lite erfaring og var usikre i hvordan prosessen skulle gjennomføres. For at vi kunne se om artiklene våre var av god kvalitet og noe som man kunne stole på, brukte vi sjekklister som vi fant i boka til Nortvedt et al. (2007). Vi har kommet frem til at alle våre inkluderte artikler var av en god kvalitet. Da vi kvalitetssikret artiklene satt vi hver for oss, for så å møtes å gå gjennom hver enkelt artikkel, for å høre om den andre hadde vurdert den på samme måte. Det at begge forfatterne har kvalitetssikret artiklene ser vi på som en styrke, da vi er flere om samme synspunkt. Underveis i søkeprosessen og kvalitetssikringen ble det automatisk til at vi likte noen artikler bedre enn andre. Vi mener at dette ikke har påvirket oss i noen grad.

I analysekapittelet brukte vi Malterud (2003). Hun beskriver godt hvordan vi skal analysere materialet vi har funnet, steg for steg. Vi hadde skrevet noen tema individuelt som vi så gikk igjen i mange av artiklene. Deretter diskuterte vi dette sammen og ble enige om hvilke temaer vi skulle bruke videre. I neste steg kopierte vi alle artiklene på nytt slik at vi hadde helt rene ark som vi kunne bruke fargekoder på. Metoden med å bruke fargekoder slik som Malterud (2003) gjorde i sin analyse, gjorde at vi følte at vi hadde en god oversikt over materialet. Hennes metode er egentlig beregnet på rådata og kvalitativ forskning. Men vi valgte likevel å bruke hennes metode som utgangspunkt i vår analyse,

selv om vi både hadde med kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette på grunn av at det ble enklere å jobbe systematisk da vi hadde noe å gå etter.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Her blir våre funn, bakgrunnsteori og egne erfaringer diskutert opp mot hverandre for å belyse vår hensikt og problemstillinger.

### **5.2.1 Informasjonsbehov ved akutt hjerteinfarkt**

Det belyses i flere av studiene at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har vansker med å huske den informasjonen de fikk på sykehuset. Dette kommer frem blant annet i studien til Asham et al. (2009), hvor deltakerne under sykehusoppholdet var stresset, utmattet og hadde vansker med å konsentrere seg. Eide og Eide (2007) beskriver de ulike krisereaksjonene som kan oppstå etter en akutt sykdom. All informasjon som pasientene får i en sjokkfase, bør bli gjentatt på et senere tidspunkt. Da informasjonen kan ha blitt delvis oppfattet eller missforstått.

Sykehusoppholdene blir stadig kortere og pasientene må tidligere tilbake til hverdagen. Dette gir utfordringer for sykepleiere i forhold til å kunne gi pasientene tilstrekkelig informasjon før utskrivelse. I og med at sykehusoppholdene er korte, er kanskje pasienten i en sjokkfase under hele oppholdet, og dermed lite mottakelig for å ta til seg informasjon. Dette bør sykepleiere ta hensyn til i praksis. I flere av studiene kommer det frem at det er forsket for lite på temaet, og at dette er noe som det bør forskes mer på. Ut i fra dette virker det som om det er for lite kunnskap på området. Noe som igjen gjenspeiler seg ved manglende informasjon hos deltakerne. Fagermoen (2001) beskriver det å være akutt syk og bli innlagt på sykehus, berører pasientenes tanker og følelser. Det at de mister kontroll over sin situasjon kan gjøre det vanskelig for pasientene å konsentrere seg og ta til seg informasjon. Det som Fagermoen (2001) beskriver, kommer også frem i noen av artiklene våre. Deriblant studien til Strand og Fridlund (2006).

Det viste seg i to av våre studier at de eldste pasientene over 65 år både ønsket mer informasjon, men samtidig husket mindre enn sine yngre medpasienter (Rushford et al. 2007 og Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Ut i fra de erfaringer forfatterne selv har opplevd i praksis får de eldre pasienter lite eller ingen informasjon om hjerteinfarkt. Sett opp i mot funnene i de to artiklene ovenfor, tyder det på at pasienter over 65 år ikke får den informasjonen de har behov for. I følge pasientrettighetsloven § 3-5 første ledd, har alle pasientene rett på den informasjonen de har behov for, og den skal være tilpasset den enkelte pasient. Får de ikke det, er det et lovbrudd. Det skal være kvalitet og god faglighet i den helsehjelpen som ytes. Bjørø og Kirkevold (2005) sier at; *det å ivareta pasientens behov er kjernen i god sykepleie* (Bjørø og Kirkevold 2005, 153).

### **5.2.2 Betydningen av psykisk og emosjonell støtte**

Det å få et hjerteinfarkt kan være en stor påkjenning for den enkelte pasient. Det at livssituasjonen plutselig forandrer seg kan skape usikkerhet hos pasienten. Travelbee (1999) beskriver at angst er en subjektiv opplevelse og kan oppleves som en bekymring og uro. I følge Hummelvoll (2004) er frykten for og ikke å eksistere sterk. Når en person opplever en trussel mot noe verdifullt som for eksempel livet, kalles dette eksistensiell angst. I artikkelen til Strand og Fridlund (2006), kommer det frem at det å få en akutt sykdom fører til tap av kontroll, som fører til angst, som igjen fører til stress. I denne studien blir det også belyst at deltakerne ikke fikk den psykiske støtten de hadde behov for og hadde blitt lovet. Det viser seg at pasienten har behov for emosjonell støtte ved en akutt sykdom som hjerteinfarkt. De hadde ønske om å få informasjon om det å komme tilbake til jobb, angst, frykt og lignende.

I den eksistensielle angsten står en ovenfor flere valgmuligheter. For eksempel en person har hatt hjerteinfarkt, og tror at livet er over. At en aldri skal få kose seg med god mat, nyte livet og drive med fysisk aktivitet. Men gjennom den eksistensielle angsten finner ut at det går an å ha et fullverdig liv, fordi han har frihet til å velge. At en kan kose seg med god mat, men kanskje ikke hver dag, og at en kan være i aktivitet, men ikke på samme nivå som før. Hummelvoll (2004) beskriver dette som eksempler på tilpassningsmekanismer. Alle mennesker opplever angst i løpet av livet. Desto bedre vi som menneske tilpasser oss angsten, til mindre dominerende blir angsten i våre liv. I artikkelen til Condon og

McCarthy (2006) kommer det frem at det å gjøre livsstils endringer er forbundet med angst. Hvorfor er det å gjøre livsstils endringer så vanskelig. Kanskje er det tap av kontroll og at livet plutselig forandres som spiller inn. Det er også mange ting som foregår på en gang, dette kan bli for mye for pasienten. Håkonsen (1999) sier at det å bli innlagt på sykehus er for mange et møte med det som er ukjent, stort og skremmende. Mange av de som er i kontakt med helsevesenet vil ofte komme opp i situasjoner som kan skape frykt, angst og utrygghet (Håkonsen 1999). Dette belyser hvor viktig det er å gi en fortløpende informasjon under sykehus opphold, som igjen kan gjøre at tiden etter utskrivelse blir bedre for pasientene. For at den eksistensielle angsten ikke skal bli dominerende i livene deres, bør vi som helsepersonell ha fokus på de psykiske ettervirkningene da vi gir pasientene informasjon. Etter det vi har funnet i våre artikler, er de emosjonelle aspektene ikke like mye prioritert som de fysiske plagene. Forfatterne sitter igjen med tanker om at det er tidspress, korte sykehusopphold og få ressurser ute i praksis. Og at kun det aller nødvendigste blir prioritert på grunn av mangel på tid. En viktig sykepleieoppgave er å vurdere pasientens emosjonelle reaksjoner i den tidlige fasen og hjelpe dem med å slippe av.

Koivula, Hautamäki-Lamminen og Åstedt-Kurki (2010), beskriver i sin studie at det er de yngste pasientene, under 65 år som opplever mest angst. Mens det i blant annet Rushford et al. (2007) sin studie kommer frem at de eldste pasientene over 65 år ønsket og hadde behov for mer informasjon enn de yngre. Dette virker for oss motstridende da de yngste pasientene fikk mest informasjon, men samtidig hadde høyere nivå av angst. Det virker som om, til mer informasjon de fikk, til mer økte angstnivået hos pasientene. Kan det være slik at kunnskap skaper angst. Eller det kan være at de pasientene under 65 år har flere bekymringer i forhold til barn, jobb, økonomi og lignende. I vår problemstilling stiller vi oss spørsmålet om pasientene som opplever angst får nok informasjon, noe som det er vanskelig å få svar på via disse funnene. Det kan være at deltakerne som var med i studiene ovenfor fikk informasjon på feil tidspunkt. Og derfor ikke fikk utbytte av den informasjonen de fikk. Videre i studien til Koivula, Hautamäki-Lamminen og Åstedt-Kurki (2010) kommer det også frem at kvinner opplever mer frykt og angst enn menn. Dette er sammenlignbare funn med det som kommer frem i Mose (2007). Hvor det tydelig beskrives at kvinner oftere opplever angst etter et hjerteinfarkt enn menn. Og at kvinner har høyere risiko for å utvikle negative følelser etter et infarkt. Begrunnelse for disse funnene sier artikkelen ikke noe om. Vi har tanker om at kvinner kanskje bekymrer seg

mer enn menn. At de tenker mer på barna, huset og livet etter sykdommen. Og at menn kanskje ikke ser samme alvorligheten med det.

### **5.2.3 Informasjonsbehovet forsterkes etter hjemkomst**

Mange deltakere følte usikkerhet rundt det å komme hjem. Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) beskriver i sin studie at det var tiden etter utskrivelse at tankene kom. De fikk da ro i rundt seg, og begynte å ta til seg alle inntrykkene. I Astin et al.(2008) kommer det frem at særlig de fem første dagene etter hjemkomst var spesielt utfordrende. Travelbee (1999) beskriver ut i fra sin sykepleieteori, at sykepleierne har som oppgave å hjelpe pasienten med det å finne mening med sykdommen (Travelbee 1999). Dette er ikke så enkelt med tanke på at det er i ettertid av situasjonen de begynner å tenke over hva som har skjedd. Og behovet for noen å snakke med melder seg, men hvor tilgjengeligheten er liten. Fordi om vi ser behov, så er det ikke sikkert det er så lett å gjøre noe med det. Tiltak som for eksempel telefonkontakt, som også kom frem i en av våre artikler og var savnet av pasientene i denne studien, kunne her vært et godt tiltak. Det var betryggende for pasientene at noen viste om dem.

I Otherhalts et al. (2006) kommer det frem at en del pasienter følte at de hadde fått for lite informasjon når de kom hjem, etter sykehusoppholdet. Det var de deltakerne som hadde hatt korte sykehusopphold og som var yngre, som følte at de hadde fått en manglende informasjon (Otherhalts et al. 2006). Hvorfor er det de yngste pasientene som følte det slik? Kan det være at de ikke tror de er syke, eller ikke vil ta inn over seg sykdommen? De eldre over 65 år, har kanskje ikke de samme bekymringene som de yngre pasientene. Slike bekymringer kan være barn, jobb, hus og livet som kommer etter infarkt.

### **5.2.4 Tidspunktet for å gi informasjon**

Gjennom en av våre problemstillinger ønsket vi å undersøke om pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt får tilfredstilt informasjonsbehovet sitt.

I følge Oterhals et al. (2006), er det ikke funnet sammenheng mellom informasjon som er gitt og lengden på sykehus oppholdet. I Astin et al. (2008), kommer det frem funn at noen ønsket å få informasjon 3 dag på sykehuset, eller i tidlig fase etter at de har kommet hjem. Fredricks (2009) hadde sammenlignbare funn, der det viste seg at de som fikk informasjon mens de var på sykehuset hadde høyere nivå av angst enn de som fikk informasjon etter utskrivelse. Den ene sier at det ikke har betydning, men det viser seg at i de to andre artiklene har en betydning. Både de vi har snakket med ved hjerteskolene og medisinske poliklinikk gir uttrykk for at korte sykehus opphold har betydning i forhold til angst og den mengden av informasjon pasientene får. Forfatterne mener at de erfaringene helsepersonellet som vi har snakket med fra praksisfeltet, og funn fra våre artikler gir oss svar på det vi ønsket å finne ut av gjennom vår hensikt og problemstilling.

### **5.2.5 Pedagogiske utfordringer**

I følge Tveiten (2009) skal mengden informasjonen som gis være tilpasset hver enkelt pasients psykiske og fysiske tilstand. Det finnes ulike tilnæringsmåter til å bruke ved undervisning, slike ulike tilnæringsmåter kan være: samtale, skriftlig materiale, film og brosjyrer. Funn fra Askham et al. (2009) viser at den mest suksessfulle måten å gi informasjon på er å bruke film/video. Mens brosjyrer var sett på som lite nyttig på grunn av at deltakerne ikke orket å lese de. Mens i studien til Astin et al. (2008) ønsket deltakerne og få muntlig informasjon før de fikk skriftlige informasjonen. Tilleggs metoder for å forsterke læringsevnen, var brukt av video, hjertemodeller og angiografi. Dette ble sett på som verdifullt da det ble sett på som en form for individualisert informasjon. Ut i fra våre funn virker det som om det å få muligheter til å se film/video/bilder, og samtidig får det forklart gir pasientene en økt forutsetning for å lære. Det som går igjen i artiklene våre er at pasientene ikke får den individualiserte informasjonen som de trenger. Den er for generell og det er vanskelig å plukke ut hva som gjelder den enkelte. En kan tenke seg at det å få den samme informasjonen gitt på ulike måter kan fremme læring, da en får brukt flere sanser. Alle mennesker er ulike og det vil derfor være ulike måter å lære på. Men hvilken læringsmetode som skal brukes til den enkelte pasient, må vurderes der og da. Det finnes trolig ingen fasit på hva som er rett eller galt. Men det viktigste er kanskje å høre med pasienten, om hva han ønsker. For å understreke hvor viktig informasjonen er for disse pasientene tar vi med Fagermoen

(2001). Hvor det belyses, at det viktigste hjelpemiddelet sykepleiere har til å tilnærme seg pasienten på best mulig måte, er veiledning og undervisning. Det viser seg at for lite informasjon om behandling, er noe av det som skaper mest angst under et sykehusopphold. Når pasientene føler seg usikre vil de automatisk søke etter mer kunnskap om sin situasjon. Men på grunn av maktforholdet som er i en avdeling på sykehuset, gir det lite muligheter til dette. Pasientene er redde for å mase og være til bry, og tørr derfor ofte ikke å spørre (Fagermoen 2001).

### **5.2.6 Sykepleierens ansvar**

Travelbee (1999) beskriver at sykepleiernes viktigste redskap for å skape relasjon til pasienten er kommunikasjon. Travelbee mener også at kommunikasjon er en viktig del av utførelsen av sykepleie til pasientene. For det er gjennom kommunikasjonen vi skaper tillit til pasienten. Videre mener hun at en av sykepleiernes oppgaver er å hjelpe pasienten med å finne mening og bearbeide den oppståtte krisesituasjonen. I studien til Arnetz et al. (2008) kom det frem at hele 82 % av helsepersonellet mente det var viktig at pasientene var så delaktige som mulig under sykehusoppholdet. Men at det ikke var like enkelt å utføre i praksis. Da det å involvere en pasient, førte til at de fikk mindre tid til de andre pasientene. Men at samtidig 98 % av deltakerne mente at det å involvere pasientene førte til større sannsynlighet for en suksessfull behandling.

I Fredricks (2009) sin studie kommer det frem at, sykepleieren bør se på angstnivået til pasientene i forholdt til læringsutbytte. Informasjonen bør være individualisert etter hver enkelt pasient sitt behov. I følge Mose (2007) kommer det frem at sykepleierne hadde lite fokus på å lytte til pasientene, men at de heller observerte kliniske tegn som respirasjon, rastløshet, blodtrykk og hjertefrekvens (Mose 2007). Det er sykepleierne som er nærmest pasientene, og dermed er i god posisjon til å observere dem døgnet rundt. Sykepleieren legger kanskje mer vekt på det å observere og gi sykepleie ut i fra det fysiske aspektet, og tenker ikke alltid på den psykiske biten i sykepleien. I følge pasientrettighetsloven fra (1999) har pasienter rett på å få den informasjon de har behov for, og den skal tilpasses den enkeltes tilstand og evne til å ta til seg informasjon. I forhold til forfatternes funn kommer det klart frem at pasienten ikke alltid får den informasjonen de har behov for eller klarer å nyttiggjøre seg. De husker heller ikke alltid informasjonen, fordi de er i sjokk, og

derfor ikke klarer å ta til seg den informasjonen de får på sykehuset. Helsearbeidere må vær observant på å gi individualisert og tilpasset informasjon, og samtidig kunne vite hva slike pasienter trenger av informasjon. Forfatterne mener at sykepleieren har et ansvar for å informere om de rettighetene pasientene har. Når pasientene får en akutt sykdom og opplever krise, bør sykepleierne i følge Tveiten (2008) ha nok fagkunnskap til å kunne vurdere pasientens forutsetninger for å lære i den situasjonen han er i.

### **5.2.7 Konsekvenser for praksis**

I forhold til vår hensikt og problemstillinger ser vi at de psykiske aspektene ikke blir lagt noe særlig vekt på i praksis. Hvis vi skal løfte frem det vi har sett i praksis kan vi se det i sammenheng med funnene fra dette litteraturstudiet. Hvor det viser seg at de psykiske behovene ikke blir prioritert da pasientene får informasjon om sin tilstand. Pasientene som ikke får individualisert informasjon har større sannsynlighet for å få psykiske reaksjoner. Det at de psykiske aspektene ikke blir prioritert fører til en økt angst under sykehusopphold og tiden etter hjemkomst. Vi har lett etter nasjonale retningslinjer som er rettet mot informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt. Men har ikke funnet noe, som kan tyder på at det er for lite fokus på dette på landsbasis. Som nevnt tidligere har vi snakket med en person ved en hjerteskoole og helsepersonell ved en medisinsk poliklinikk. Deres oppfattning av at pasientene får for lite informasjon, stemmer over ens med funnene våre fra inkluderte artikler. Vi sitter igjen med at dette er noe både pasienter og helsepersonell ønsker mer fokus på.

Det kommer fram i mange av studiene våre at det er for lite forskning på område. Dette synes vi er rart, siden dette problem område er så godt belyst både i litteratur og i praksisfeltet. Tankene som vi hadde før vi begynte med dette litteraturstudiet stemmer over ens med bakgrunns litteraturen og funnene i våre artikler. Det virker som om det å ha psykiske problemer fremdeles er forbundet med følelsen av skam, og fortsatt er tabubelagt. På grunn av dette bør det gjøres mer langsiktige studier. For å se på effekten av individualisert informasjon i forhold til angst hos pasienten som har gjennomgått hjerteinfarkt.



Konsekvensene for praksis i forhold til hensikten og funn fra våre artikler, kan resultere i at pasientene drar hjem fra sykehuset uten og ha fått tilstrekkelig med informasjon. De er kanskje uforsiktige, de vet ikke hva de har lov til å gjøre eller kan gjøre. Noe som igjen kan føre til komplikasjoner på grunn av at de ikke har utført de livsstilsendringene som de burde ha gjort. Eller ved at det motsatte skjer, at de isolerer seg og ikke tørr å gjøre noe. Det er viktig at pasientene får informasjon for at de skal kunne endre livsstilen sin, etter påvist hjertesykdom. Det å få nok informasjon kan være besparende for både samfunnet og pasienten. Vi kan forebygge nye innleggelse som kommer av frykt, redsel og symptomer som minner om et nytt hjerteinfarkt, mange legebek og unødvendig engstelse.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse betydningen av pasientinformasjon for å redusere angst i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt. Funnene viser at pasientene får for generell og lite individualisert informasjon. Det som går igjen i studiene er at pasientene hadde vanskeligheter med å ta til seg den informasjonen som de fikk, og at de stort sett følte de fikk for lite informasjon. Noen pasienter opplevde det å få en akutt sykdom, som tap av kontroll. Det å miste kontroll over livet førte igjen til angst. De er i en sårbar fase og er i en stresset situasjon. Tidspunktet pasientene fikk informasjon på viste seg å ha en betydning. I noen studier husker pasientene at de fikk informasjon, men ikke om hva. Dette på grunn av at de var i sjokk og ikke klarte å ta det innover seg. Trolig har korte sykehusopphold en betydning når det gjelder mengden og kvaliteten på informasjonen som pasientene får. Det er flere hindringer som kan påvirke pasientens forutsetninger for å lære. Alder, utdanning og tid hos personalet er noen av faktorene som kommer frem. Den mest suksessfulle måten å gi informasjon på var ved bruk av film, hjertemodeller, individualisert informasjon og angiografi. Tiden etter utskrivelsen var en utfordrende tid for pasientene, de ble plutselig alene og fikk tid til å ta innover seg alle inntrykkene. Det var da alle tankene og spørsmålene kom, men ingen å snakke med. Denne mangelen på sosial og emosjonell støtte viste seg og øke nivået av angst. Ut i fra våre funn viser det seg at denne pasientgruppen ikke får den informasjonen de har behov for.

Anbefalninger til videre forskninger er å opprette et individuelt informasjonsprogram fokusert på det å møte behovene til pasientene. Gjennom denne litteraturstudien har vi konkluderer med at individualisert og god informasjon reduserer nivået av angst hos denne pasientgruppen. Forfatterne håper at de funnene som kommer frem i denne studien, bidrar til at annet helsepersonell kan se på dette problemet og sette i verk tiltak. Det er behov for mer kunnskap på området, slik at sykepleiere kan få en økt kunnskap og videreføre dette i praksis. Dette for å kunne gi denne pasientgruppen det de har behov for, og så sårt trenger. Ut i fra funnene i dette litteraturstudiet, mener vi at vi har fått besvart vår hensikt og problemstillinger.

## 7.0 Litteraturliste

Askham, Jorun. Lisa Kuhn, Kirsten Frederiksen, Patricia Davidson, Karen- Leigh Edward og Linda Worrall- Carter. 2009. The information and support needs of Faroes women hospitalised with an acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 19: 1352-1361

Axelsson. Åsa. 2008. Litteratustudiet. I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Granskär, Monica. Höglund. N. Birgitta red. Lund: Studentlitteratur AB

Bjøro, Karen og Marit Kirkevold. 2005. Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Kristoffersen, Nina. J. Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red). Oslo: Gyldendal Akademisk

Condon Carol og Geraldine McCarthy. 2006. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 37-44.

Dallan, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS

Eide, Hilde & Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*: Oslo Gyldendal Norske Forlag.

Eriksson, Monica. Kenneth Asplund og Marianne Svedlund. 2009. Patients`and their partners`experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009;8: 267-273.

Fagermoen May S. 2001. Samtale, undervisning og veiledning. I *klinisk sykepleie* 2. utg. Almås. Hallbjørg (red). Oslo: Gyldendal akademiske.

Felicity, Astin. S, Jose Closs, Jim McLenachan, Stacey Hunter og Clair Prestley. 2008. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and counseling* 2008;73: 325-332.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Finland: Natur och kultur. Stockholm: Natur og Kultur

Fredericks, Suzanne. 2009. Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 8: 144-150.

Granum, Vigdis. 2003. *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Hanssen, Tove Aminda, Jan E. Nordrehaug og Berit R. Hannestad. 2005. A qualitativ study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their

preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;4: 37-44.

Haugland, Trude, Ivar Hansen og Einar Areklett. 2001. Sykepleie til pasienter med hjertelidelser. *I Klinisk sykepleie 1*. Almås, Hallbjørg (red). Oslo: Gyldendal akademisk

Hummelvoll, Jan. K. 2004. *HELT- ikke stykkevis og delt*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Höglund, Anne T. Ulrika Winbland, Bengt Arnetz og Judith E. Arnetz. 2008. Physicians`and nurses`perceptions of patient involvment in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008;7: 113-120.

Höglund, Anne T, Ulrika Winbland, Bengt Arnetz og Judith E. Arnetz. 2010. Patient participation during hospitalsalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Science*. 2010; 24: 482-489.

Høybakk, Jofrid. 2008. Sykepleie til pasienter med hjertesykdom. *I Sykepleieboken 3- Klinisk sykepleie*. Knutstad, Unni (red). Oslo: Akribe

Håkonsen, Kjell Magne. 1999. *Mestring og relasjon- Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Jakobsen, Dag, Sverre E. Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Koivula, Meeri. Katja Hatamäki- Lamminen og Päivi Åstedt- Kurki. 2009. Predictors of fear and anxiety nine years after coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 66 (3): 595-606

Løvlien, Mona. 2010. *When every minute counts – From symptoms to admission for acute myocardial infarction with special emphasis on gender differences*. Doctoral theses at NTNU,2010:144.

Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mose, Debra. K. 2007. "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Journal of critical Nursing*. 2007; 16: 361-369.

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester AS. 2011. *Om personvern*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 08.03.2011)

Nortvedt, Monica. W. Jamtvedt, Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt, Liv M. Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Oterhals, Kjersti. Berit R. Hanestad, Geir E. Eide og Tove A. Hannsen. 2006. The relationship between in – hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 303-310.

Pasientrettighetsloven.1999. Lov om pasientrettigheter. § 3-2. *Pasientens rett til informasjon.*

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> (Lest 04.11.2010)

Pasientrettighetsloven.1999. Lov om pasientrettigheter. § 3-5. *Informasjonens form.*

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (Lest 18.04.2011)

Rushford, Nola. Barbara M. Murphy, Marian U.C. Worcester, Alan J. Goble, Rosemary O. Higgins, Michael R. Le Grande, Jiri Randa og Peter C. Elliott. 2007. Recall of onformation received in hospital by female cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2007;14: 463-469.

Selmer, R. Tverdal. A. Vollset m fl. 2011. *Hjerteinfarkt- fakta om infarkt og annen iskemisk hjertesykdom*

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,2700:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2700:1:0:0:::0:0) (Lest 2.3.2010)

Sjøstøm-Strand, Annica og Bengt Fridlund. 2007. Stress in women`s daily life before and after a myocardial infarction: A qualitative analysis. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21: 10-17.

Smith, Jonathan og Clive Liles. 2006. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patient: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 2006;16: 662-671.

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellomenneskelige forhold i sykepleien.* Oslo: Universitetsforlag AS.

Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Vedlegg 1.

PICO (PIO) skjema 1

	<b>Patient/ population/ Problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
<b>Norske ord</b>	Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og deres behov for informasjon	Om vi som sykepleiere gir tilstrekkelig informasjon til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og med dette forebygger angst	Forebygge angst ved å gi god informasjon
<b>Tekstord</b>	Heart attack Myocardial infarction Heart disease	Information Nurse communication	Anxiety

Vedlegg 2.

PICO (PIO) skjema 2

	<b>Patient/ population/ Problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
<b>Norske ord</b>	Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og deres behov for informasjon	Om vi sykepleiere gir tilstrekkelig informasjon til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og med dette forebygger angst	Forebygge angst ved å gi god informasjon
<b>Tekstord</b>	Heart attack (Acute) Myocardial infarction Heart disease Heart disorder	Information Nurse Communication Reduce Management Hospital Follow up Timing	Anxiety Fear Worried Stress Anxious Apprehensive

Vedlegg 3

Oversiktstabell over søk

Søke dato	Database	Søke ord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
19.08.10	Ovid Nursing	Heart attack\$ AND information\$	28	3	1	1
19.08.10	Ovid Medline	Acute heart attack\$ AND Information\$ AND anxiety\$	16	5	0	0
19.08.10	Ovid Nursing	Heart disease\$ AND Nurs\$ AND Information\$	160	4	1	1
20.08.10	SveMed+	S2 Heart attack\$ OR myocardial infarction, S9 anxiety\$ OR fear\$, S2 AND S9	7	2	0	0
08.09.10	Ovid Medline	Myocardial infarction AND Nurse\$ AND anxiety\$	98	4	1	1
08.09.10	Ovid Medline	Myocardial infarction\$ OR Heart attack\$, AND Information\$ AND Anxiety\$	29	2	1	0
09.09.10	Ovid Psykinfo	Heart disease\$ AND Information\$ AND Anxiety\$	20	6	0	0
22.09.10	Ovid Nurse	Heart attack\$ OR Myocardial infarction\$, AND Information\$ AND fear\$	3	2	0	0



23.09.10	Ovid Medline	Heart disease\$ AND Prevent\$ and Anxiety\$	35	6	0	0
06.10.10	Ovid Psykinfo	Heart attack\$ OR Heart Disorder\$ AND Nurs\$ AND Anxiety	30	7	0	0
10.11.10	SveMed+	Heart attack\$ AND stress\$	26	0	1	1
20.12.10	Ovid Medline	Myocardial Infarction\$ OR Heart attack\$ OR Coronaly Disease AND Information\$ AND Anxiety\$	4	2	0	0
20.11.10	Ovid Psykinfo	Myocardial Infarction\$ AND Information\$ AND Hospital\$	63	7	3	1
20.11.10	Ovid Psykinfo	Myocardial Infarction\$ AND Stress\$ AND Nurs\$	7	4	2	1
19.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND Reduce\$ AND Anxiety\$	19	5	2	0
19.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND Nurse\$ AND Stress\$	7	1	0	0
20.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND Nurs\$ AND Information\$	91	4	2	0
20.01.11	Ovid	Myocardial Infarction\$ AND	23	3	0	0

	Medline	Reduce\$ AND Anxiety\$				
20.01.11	Ovid Medline	Myocardial infarction\$ AND Nurs\$ AND Information\$	9	1	0	0
25.01.11	Ovid Psykinfo	Heart attack\$ AND Information\$ AND Nurs\$	14	3	1	0
25.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND follow\$ AND anxiety	49	4	0	0
25.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND Information\$ AND Follow\$ AND Hospital\$	54	5	1	0
25.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND Patient education\$ AND Follow\$	79	2	0	0
25.01.11	Ovid Psykinfo	Myocardial infarction\$ AND In-hospital\$ AND Information\$	22	4	0	0
26.01.11	Ovid Psykinfo	Heart attack\$ OR Heart Disorder\$ AND Nurs\$ AND Anxiety\$	31	2	1	1
26.01.11	Ovid Nurse	Heart Disease\$ OR Heart Disorder\$ AND Nurs\$ AND Anxiety\$	205	3	1	1

01.02.11	Ovid Nurse	Myocardial infarction\$ AND Education\$ AND Hospital\$	223	8	4	4
04.02.11	Ovid Nurse	Myocardial infarction\$ AND Discharge\$ AND Nurse\$	105	7	1	1
Totalt					23	13

Vedlegg 4.

Referee og kvalitetsbedømming

Nr.	Forfattere År Land Tidskrift	Tittel	Referee- bedømming	Kvalitets- bedømming
1	<b>Forfattere:</b> Felicity Astin. S, Jose Closs. Jim McLenachan. Stacey Hunter. Clair Prestley. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Storbritania <b>Tidskrift:</b> patient Education and counseling73, 325-332	The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study	Nivå 1	Grad 1
2	<b>Forfatter:</b> Jorun Askham. Lisa Kuhn. Kirsten Frederiksen. Patricia Davidson. Karen- Leigh Edward. Linda Worrall- Carter. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Storbritannia <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing, 19, 1352-1361	The information and support needs of Faroes women hositalised with an acute coronary syndrome	Nivå 2	Grad 1
3	<b>Forfatter:</b> Meeri, Koivula. Katja Hatamäki- Lamminen & Päivi Åstedt- Kurki <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Finland <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing 66 (3), 595-606	Predictors of fear and anxiety nine years after coronary artery bypass grafting	Nivå 2	Grad 1
4	<b>Forfatter:</b> Tove Aminda Hanssen. Jan Erik Nordrehaug. Berit Rokne Hanestad <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Norge <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing 4, 37-44	A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge	Nivå 1	Grad 1
5	<b>Forfatter:</b> Anne T, Höglund. Ulrika Winbland. Bengt Arnetz. Judith E, Arnetz. <b>År:</b> 2010	Patient participation during hospitsalization for myocardial infarction: perceptions among patients	Nivå 2	Grad 1

	<b>Land:</b> Sverige <b>Tidskrift:</b> Scand J Caring Science 24, 482-489	and personnel		
6	<b>Forfattere:</b> Jonathan Smith, Clive Lies. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Storbritania <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing	Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative descriptive study	Nivå 2	Grad 1
7	<b>Forfattere:</b> Suzanne Fredericks. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Canada <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing 8, 144-150	Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT	Nivå 2	Grad 1
8	<b>Forfattere:</b> Nola Rushford, Barbara M. Murphy, Marian U.C. Worcester, Alan J. Goble, Rosemary O. Higgins, Michael R. Le Grande, Jiri Rade, Peter C. Elliott. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Australia <b>Tidskrift:</b> European Society of Cardiology	Recall of information received in hospital by female cardiac patients	Nivå 1	Grad 1
9	<b>Forfattere:</b> Monica Eriksson, Kenneth Asplund, Marianne Svedlund. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing	Patients` and their partners` experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction	Nivå 1	Grad 1
10	<b>Forfattere:</b> Annica Sjöström- Strand, Bengt Fridlund. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidskrift:</b> Journal compilation	Stress in women`s daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis	Nivå 2	Grad 1
11	<b>Forfattere:</b> Carol Condon, Geraldine McCarthy. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Irland	Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives	Nivå1	Grad 1

	<b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing			
12	<b>Forfattere:</b> Judith E. Arnetz, Ulrika Winblad, Bengt B. Arnetz, Anna T. Höglund. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing	Physicians` and nurses` perceptions of patient involvement in myocardial infarction care	Nivå 1	Grad 1
13	<b>Forfattere:</b> Kjersti oterhals, Berit R. Hanestad, Geir E. Eide, Tove A. Hanssen. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Norge <b>Tidskrift:</b> European Journal og Cardiovascular Nursing	The relationship between in- hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction	Nivå 1	Grad 1

Vedlegg 5.

Oversiktstabell over inkluderte artikler

Nr	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ fravall	Hovedfunn	Etiske overveielser	Kvalite t
1	<b>Forfattere:</b> Felicity Astin. S, Jose Closs. Jim McLenachan. Stacey Hunter. Clair Prestley. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Storbritania <b>Tidsskrift:</b> patient Education and counseling73, 325-332	The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study	Hensikten med studien var å finne ut informasjonsbe hovet til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.	Dette er en kvalitativ studie hvor det ble brukt semi- strukturert intervju. Som varte i 40-90 minutter. Deltakerne valgte å bli intervjuet i deres hjem.	Det var 29 deltakere. Det ble tatt en- til en intervju/ samtale med pasientene der hvor det var rom for diskusjon. Intervjuene ble gjennomført 3- 12 dager etter utskrivning fra sykehus	Deltakerne var stort sett fornøyde med den informasjonen de fikk. Men den kunne vært bedre tilpasset hver enkelt pasient. Et kort sykehus opphold, opplevelse av sjokk og smerter var noe av det som gjorde det vanskelig for noen pasienter å ta til seg informasjon.	Studien er ikke godkjent av etiske komite.	Grad 1
2	<b>Forfatter:</b> Jorun Askham. Lisa Kuhn. Kirsten Frederiksen. Patricia	The information and support needs of Faroes women	Hensikten med studien er å beskrive informasjon og støtte behovene til færøyske	Dette er en kvalitativ studie, hvor det ble brukt semi- strukturert intervju. Intervjuene ble	Det var 8 kvinner i alderen 48-70 år som hadde diagnose akutt hjerteinfarkt.	Tiden etter hjerteinfarkt var emosjonelt og stressfullt på grunn av at de hadde vansker med å takle livsforandringer.	Studien er godkjent av etiske komite.	Grad 1

	<p>Davidson. Karen- Leigh Edward. Linda Worrall- Carter. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Storbritannia <b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing, 19, 1352-1361</p>	<p>hospitalised with an acute coronary syndrome</p>	<p>kvinner etter et akutt hjerteinfarkt.</p>	<p>gjennomført 3-4 uker etter utskrivning fra sykehus og varte i 45 minutter. Syv av intervjuene ble gjort på sykehuset og en i hjemmet.</p>		<p>De hadde behov for informasjon og støtt etter at de ble utskrevet fra sykehuset. Sykepleieren er i en viktig posisjon til å gi de den støtten og informasjonen som de hadde behov for.</p>		
3	<p><b>Forfatter:</b> Meeri, Koivula. Katja Hatamäki- Lamminen &amp; Päivi Åstedt- Kurki <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Finland <b>Tidsskrift:</b> Journal of Advanced Nursing 66 (3), 595-606</p>	<p>Predictors of fear and anxiety nine years after coronary artery bypass grafting</p>	<p>Hensikten med studie er å identifisere sammenhengen mellom frykt og angst. I forhold til behandling, symptomer og opplevelsen av egen helse.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie. Tverrsnitt studie</p>	<p>Spørreskjemaet ble sendt til 152 pasienter, bare 114 pasienter svarte på dette.</p>	<p>Angst hos personer med kronar hjertesykdom kan lindres av utvikling av sosial støtte fra kollegaer og fagfolk. Angst og frykt var mest vanlig hos deltakerne under 65 år.</p>	<p>Studien er godkjent av den etiske komite</p>	<p>Grad 1</p>



4	<p><b>Forfatter:</b> Tove Aminda Hanssen. Jan Erik Nordrehaug. Berit Rokne Hanestad <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Norge <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing 4, 37-44</p>	<p>A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge</p>	<p>Hensikten med studien er å finne ut hvilket informasjonsbehov pasienter med akutt hjerteinfarkt har. Og deres behov for oppfølging etter utskrivelse.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie med bruk av semi-strukturert intervjuguide. Data ble samlet ved bruk av tre fokusgrupper.</p>	<p>Det var 46 som fikk invitasjon til å delta. Det var bare 14 som deltok i hele studien, to kvinner og 12 menn. Deltakernes alder var fra 42- 69 år.</p>	<p>Funnene ble gruppert i tre temaer som tilsvarer de store temaene i intervjuguiden: Sykehusopphold, hjemkomst og pasientens oppfølging. De følte at de fikk for lite informasjon selv om de fikk den standardiserte informasjonen. Sykehusoppholdene blir stadig kortere, det er derfor behov for skreddersydde tjenester til pasientene.</p>	<p>Studien er godkjent av den etiske komite.</p>	<p>Grad 1</p>
5	<p><b>Forfatter:</b> Anne T, Höglund. Ulrika Winbland. Bengt Arnetz. Judith E, Arnetz. <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidsskrift:</b> Scand J</p>	<p>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel</p>	<p>Hensikten med studien var og utforske og beskrive pasienten og personellet oppfatninger av pasient deltakelse. I både pleieprosesser og beslutninger under et</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie hvor det ble brukt fem fokusgruppeintervjuer. To grupper hvor det var fire til seks deltakere i hver gruppe. Og tre grupper bestående av helsepersonell. Hvert intervju</p>	<p>Det var 17 pasienter som deltok, 12 kvinner og 5 menn, i alderen 40-74 år. Av personellet var det 17 deltakere. 12 kvinner og 5 menn, i alderen 25- 60</p>	<p>Både pasientene og personalet så på det å være delaktig som å få informasjon. De var generelt enige om at delaktighet hadde positive effekter. Hindringer i deltakelsen var stort sett mangel på tid og ressurser fra personalet. For at pasientene skal være mest mulig</p>	<p>Studien er godkjent av den etiske komite.</p>	<p>Grad 1</p>

	Caring Science 24, 482-489		sykehusopphold , etter et hjerteinfarkt.	varte i 60- 90 minutter.	år.	delaktig i avgjørelser om seg selv, må de vite om sine rettigheter. Dette krever støtte, oppmuntring, informasjon og undervisning. For å kunne utføre dette, må personalet også få undervisning om dette.		
6	<b>Forfatter:</b> Jonathan Smith, Clive Liles. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Storbritannia <b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing	Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patient: A comparative, descriptive study	Hensikten med studie er å beskrive informasjonsbehovet til pasienter som har mottatt behandling for hjerteinfarkt før utskrivelse fra sykehus.	Dette er en kvantitativ studie. Survey studie. De fikk utdelt spørreskjema mens de var på sykehuset. Spørreskjemaene ble utfylt 72 timer før utskrivning.	Det var 20 som deltok i studien.	Deltakerne ønsket mer informasjon om risikofaktorer, anatomi, medisiner, psykiske reaksjoner og støtte. Mange hadde vansker med å forstå informasjonen mens de var på sykehuset. De med lav eller ingen utdanning og de over 65 år hadde behov for mer informasjon.	Studien er godkjent av den etiske komite.	Grad 1
7	<b>Forfattere:</b> Suzanne Fredericks. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b>	Timing for delivering individualized patient education	Hensikten med studien er å finne ut hvor effektivt individualisert	Dette er en kvantitativ studie. Hvor det ble brukt metoden randomisert	Av totalt 172 pasienter som ble spurt, deltok 66 pasienter i	De viste seg at tidspunktet informasjonen ble gitt på ikke er så viktig, da pre-gruppen hadde	Studien er godkjent av den etiske komite.	Grad 1

	Canada <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing 8, 144-150	intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT	telefon undervisnings program er. Gitt før (pre) eller etter(post) utskrivning fra sykehus.	kontrollert studie.	pre-gruppen og 64 i post- gruppen.	høyere nivå av angst enn post gruppen. Dette viste seg av at stress av å være på sykehus, kan ha påvirket angstnivået. Informasjonen bør være individualisert i forhold til behovet til pasientene. Sykepleieren bør vurdere angst nivået opp mot læringsutbytte for å få størst mulig utbytte.		
8	<b>Forfattere:</b> Nola Rushford, Barbara M. Murphy, Marian U.C. Worcester, Alan J. Goble, Rosemary O. Higgins, Michael R. Le Grande, Jiri Rade, Peter C. Elliott. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Australia	Recall of information received in hospital by female cardiac patients.	Hensikten var å undersøke hvor mye kvinnelige hjerteinfarktpasi- enter husker av informasjonen som ble gitt på sykehuset, etter at de hadde blitt utskrevet fra sykehuset.	Dette er en kvalitativ studie der det ble brukt semi- strukturert intervju.  Første intervju ble gjort på sykehuset. Mens de andre intervjuene (2, 4 og 12 mnd) ble utført over telefon eller sammen med deltakeren.	Av 330 mulige deltagere ble 260 kvinner inkludert i denne studien. I alderen 28- 96 år. 48 % av alle deltakerne var over 70 år.	Deltakerne savnet mer informasjon om dagliglivet. Flest husket informasjon angående medikamenter, og trening. Men husket lite om temaer som å komme tilbake i jobb, seksualitet, kjøre bil og kosthold. Det viste seg at desto elldre en var, til mindre huset de. Og utdanning hadde en sentral rolle. De med ti år eller mer skolegang, hadde større sannsynlighet for å	Studien er godkjent av den etiske komite.	Grad 1

	<b>Tidsskrift:</b> European Society of Cardiology					huske.		
9	<b>Forfattere:</b> Monica Eriksson, Kenneth Asplund, Marianne Svedlund. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing	Patients` and their partners` experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction	Hensikten var å beskrive både pasientens og partnerens erfaringer etter å ha blitt utskrevet fra sykehuset.	Dataene ble samlet fra mars 2006 til juni 2007. Intervjuene varte i gjennomsnitt ca 32 minutter. Og ble gjennomført 4-8 uker etter utskrivelsen. Intervjuet ble laget ut i fra litteratur. Og hadde både åpne spørsmål og mer lukkede spørsmål. Intervjuene ble utført ved en hjerteavdeling på et sykehus.	Det ble i alt inkludert femten par. De måtte være 65 år eller yngre, bo innen sykehusets område, gift/samboer og hatt sitt første hjerteinfarkt.	Noen deltakere ga uttrykk for mangel på klare instruksjoner om temaer som; fysisk aktivitet, medikamenter og hvordan å takle egne følelser. Noen hadde også vansker med å godta at de hadde blitt syk. Deltakeren syntes det var godt å komme hjem etter utskrivelsen, men også skummelt. Noen følte seg utrygge og alt var kaos. Den første tiden etter hjemkomst, hadde de spesielt utbytte av å bo sammen med en partner, de følte seg tryggere.	Studien er godkjent av den etiske komite.	Grad 1
10	<b>Forfatter:</b> Annica sjøstømstrand. Bengt Fridlund. <b>År:</b> 2006	Stress in women`s daily life before and after a myocardial	Hensikten med studie er å beskrive kvinners opplevelse av stress før og	Det er en kvalitativ studie. Fenomenologisk tilnærming. Det første intervjuet ble	Det var 20 kvinner som deltok på det første intervjuet og 14 som deltok	Deltakerne både ønsket og hadde behov for støtte etter utskrivning, fordi de var redde da de kom hjem. Det er nødvendig og utarbeide	Studien er godkjent av den etiske komite	Grad 1

	<p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Scand J Caring Sci:2007: 21: 10-17</p>	<p>infarction: A qualitative analysis</p>	<p>etter hjerteinfarkt</p>	<p>gjennomført rett etter hjerteinfarkt, mens det andre ble gjennomført 4,6 eller 10 mnd etter hjerteinfarkt</p>	<p>på det andre intervjuet. som ble gjennomført 4,6 eller 10 mnd etter hjerteinfarkt</p>	<p>individualisert behandlingsplan og tilby støttegrupper. Støttegruppene kan være positivt med tanke på at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan ha nytte av hverandres opplevelser og erfaringer.</p>		
11	<p><b>Forfattere:</b> Carol Condon. Geraldine McCarthy</p> <p><b>År:</b> 2006</p> <p><b>Land:</b> Irland</p> <p><b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing. 5, 37-44.</p>	<p>Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasientenes perspektiver for å gjøre endringer i livsstil etter akutt hjerteinfarkt.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie hvor det ble brukt semi- strukturert intervjuguide. Alle intervjuene ble gjennomført i deltakernes hjem seks uker etter utskrivelse fra sykehuset.</p>	<p>Det var 15 deltakere som gav samtykke mens de var på sykehuset. Men det var bare 10 pasienter som svarte. Aldersgruppen : Fra 38-75 år.</p>	<p>Fire temaer dukket opp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- livsstil faresignaler</li> <li>- ta ansvar for endringer i livsstil</li> <li>- faglig støtte</li> <li>- ser frem til fremtiden</li> </ul> <p>Deltakerne mente at endring av livsstil økte stresset hos deltakerne. 9/10 opplevde stress som et problem da de kom hjem. Samlet sett var støtte i form av informasjon, omsorgs nivå, og tilgang til det akutte helsevesenet en kilde til tilfredshet og sikkerhet for deltakerne. Men</p>	<p>Studien er godkjent av den etiske komite.</p>	<p>Grad 1</p>

						deltakerne savnet individualisert informasjon for å mestre stress og redusere angst og frykt.		
12	<p><b>Forfattere:</b> Judith E. Arnetz, Ulrika Winblad, Bengt B. Arnetz, Anna T. Höglund. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing</p>	Physicians` and nurses` perceptions of patients involvement in myocardial infarction care.	Hensikten var å sammenligne og beskrive oppfatninger og handlinger rundt det å involvere pasienter som har hatt akutt hjerteinfarkt.	Dette er en kvantitativ studie. Tverrsnittstudie. Spørreskjemaene ble gitt under kurs som deltakerne var på. Som de leverte tilbake anonymt.	Leger, sykepleiere og hjelpepleiere fra hjerteavdelinger fra tolv sykehus i Sverige ble inkludert i denne studien. Det ble i alt spurt 32 sykehus men bare 12 ville være med i undersøkelsen.	En stor andel av deltakerne ga uttrykk for hvor viktig det er at pasienter får informasjon og blir så involvert som mulig under innleggelsen. Noen hjelpepleiere ga uttrykk for at de følte seg usikker i kommunikasjonen med pasientene. Her kunne språk og kultur spille inn. Noen sykepleiere fortalte at de tok seg tid til å forklare hvorfor og hvordan de gjorde det som de gjorde. Men det å involverte en pasient, førte til mindre tid til de andre. Hele 98 % av sykepleierne mente at det å involvere pasienten, ga større sannsynlighet for en suksessfull behandling.	Studien er godkjent av den etiske komite.	Grad 1

13	<p><b>Forfattere:</b> Kjersti oterhals, Berit R, Hanestad, Geir E, Eide. Tove A, Hannsen. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Norge <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing. 5, 303-310.</p>	<p>The relationship between in – hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction</p>	<p>Hensikten med studie er å beskrive forholdet mellom mottatt informasjon og tilfredshet med helsevesenet etter akutt hjerteinfarkt. De ønsker å beskrive tiltak for å bedre pasientens helse.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie. Tverrsnitt studie. Spørreskjemaet ble sendt på e-post seks uker etter utskrivelse.</p>	<p>Det var 130 som fikk tilsett spørreskjemaet , men det var 111 som svarte.</p>	<p>Pasientene ønsket og hadde behov for mer informasjon ved avreise og ved hjemkomst. Informasjon om medisiner og mulige fremtidige problemer ønsket de mer av. Pasienten må være involvert i beslutninger om egen helse, om behov og forventninger skal bli møtt. Det å være tilstrekkelig informert relateres til økt kunnskap og mindre angst.</p>	<p>Studien er godkjent av den etiske komite</p>	<p>Grad 1</p>
----	---	--	---	---	--	---	---	---------------

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

### Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.  
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>



### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<b>3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet</li> <li>• Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc)</li> <li>• Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes.</li> <li>• For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll ?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig.</li> <li>• Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding.</li> <li>• Den som måler utfallet kan som regel blindes.</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

**KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE** forts.

<p><b>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</i></li> <li>• <i>Er grunner for frafall beskrevet?</i></li> <li>• <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i></li> <li>• <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>0</b></p>
--	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

**HVA FORTELLER RESULTATENE?**

<p><b>7. Hva er resultatene?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?</i></li> <li>• <i>Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, RR, NNT etc..</i></li> <li>• <i>Er det en viktig forskjell?</i></li> </ul>	
<p><b>8. Hvor presise er resultatene?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det oppgitt p-verdi?</i></li> <li>• <i>Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</i></li> </ul>	

**KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?**

<p><b>9. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis?</li> <li>• Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart?</li> <li>• Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet? (Vurder for eksempel dose, varighet)</li> <li>• Er tiltaket akseptabelt for brukerne?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>
<p><b>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</li> <li>• Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>
<p><b>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger?</li> <li>• Støttes resultatene i en systematisk oversikt?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

**INNLEDENDE SPØRSMÅL**

<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

**KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE**

<b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b> <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b> <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  Hva er hovedkonklusjonen?  Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b>  Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?  Er det oppgitt p-verdier?</p>	
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>



## SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.phru.org.uk/~casp](http://www.phru.org.uk/~casp)
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien tydelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hva som blir studert?</li> <li>• Er dette en interessant eller relevant problemstilling?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><b>Nei</b></p> <p><b>0</b>                      <b>0</b>                      <b>0</b></p>
<p><b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har problemstillingen som mål å forstå og fortløke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><b>Nei</b></p> <p><b>0</b>                      <b>0</b>                      <b>0</b></p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort?</li> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor?</li> <li>• Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>

<p><b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er etiske forhold vurdert ?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble studien forklart for deltagerne?</li> <li>• Ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>

## HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li><li>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li></ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
---	--------------------------

## KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i></li><li>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i></li></ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
--	--------------------------