



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter
som har gjennomgått et hjerteinfarkt**

**Information and education needs of patients who have
experienced a myocardial infarction**

Ann Kristin Lund, Carita Heggem og Nora Østby

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 23.04.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt

Tittel på engelsk: Information and education needs of patients who have experienced a myocardial infarction

Forfatter(e): Ann Kristin Lund, Carita Heggem og Nora Østby

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Elfrid Måløy

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.

Opgaver 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: 23.04.2010

Antall ord: 11472

Sammendrag

Heggem, C, Lund A.K og Østby, N. Informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Høgskolen i Molde: Bachelor i sykepleie. Utarbeidet i 2010.

Bakgrunn: Hjerte og karsykdommer er den vanligste årsaken til innleggelse ved norske sykehus i dag. Hjerteinfarkt utgjør en stor andel av disse pasientene, og beregninger anslår at mellom 15000 og 19000 rammes årlig. Å rammes av hjerteinfarkt oppleves ofte dramatisk og påvirker pasientens totale livssituasjon, både med fysiologiske og psykologiske endringer. Behovet for informasjon og undervisning av helsepersonell er stort.

Hensikt: Å kartlegge informasjons- og undervisningsbehovet hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og se om det fantes sammenheng mellom mottatt informasjon og livskvalitet etter utskrivelse fra sykehuset.

Metode: Studien ble utført ved systematisk gransking av tretten forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative.

Resultat: Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt har et stort behov for informasjon og undervisning av helsepersonell, både under og etter sykehusoppholdet. Mange av pasientene følte at de hadde fått for lite informasjon, og de strevde med å finne tilbake til hverdagen. Dette hadde innvirkning på livskvaliteten.

Konklusjon: Sykepleier bør være mer oppmerksom på denne pasientgruppen og tilpasse informasjonen ut i fra individuelle behov.

Nøkkelord: Informasjon, hjerteinfarkt, livskvalitet, rehabilitering, pasientundervisning.

Antall ord: 11472

Summary

Heggem, C, Lund A.K and Østby, N. Information and education needs of patients who have experienced a myocardial infarction. Molde University College: Bachelor's degree in nursing. Prepared in 2010.

Background: Heart diseases are the most common cause of hospitalization in Norwegian hospitals today. Myocardial infarctions constitute a high proportion of these patients, and calculations estimate that between 15,000 and 19,000 are affected annually. To be affected by myocardial infarction is often experienced dramatic and affect the patient's total life situation, with both physiological and psychological changes. The need for information and education of health professionals is of great importance.

Objective: To map the information and educational needs of patients who have undergone a myocardial infarction, and see if there was correlation between the received information and quality of life after discharge from hospital.

Method: This study was carried out by systematic examination of thirteen research articles, both qualitative and quantitative.

Results: Patients who have experienced myocardial infarction have significant need for information and education from health personnel, both during and after hospitalization. Many of the patients felt they had too little information, and struggled to find back to life. This had an impact on they're quality of life.

Conclusion: Nurses should be more aware of this patient group and customize the information based on individual needs.

Keywords: Information, myocardial infarction, quality of life, rehabilitation, patient education.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt med studien.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 Hjerteinfarkt	3
2.2 Hjerteinfarkt og historisk utvikling	4
2.3 Reaksjoner på å bli akutt syk.....	4
2.4 Informasjon etter et hjerteinfarkt.....	6
2.4.1 Tidspunkt for å informere.....	7
2.4.2 Innholdet i informasjonen.....	7
2.4.3 Ulike måter å informere på.....	7
2.4.4 Koordinering av informasjon.....	8
2.5 Livskvalitet og mestring.....	9
3.0 METODE	11
3.1 Spesifisering av forskningsproblem.....	11
3.2 Spesifisering av inkluderings- og ekskluderingskriterier.....	11
3.3 Formulering av plan for litteratursøk.....	12
3.3.1 Identifisere hvilke ressurser som er tilgjengelige	12
3.3.2 Identifisere hvilke databaser som er relevante for litteraturstudiet.....	12
3.3.3 Hovedtrekk avgjøres og forskningsproblemet avgrenses.....	13
3.3.4 Utvikle en søkestrategi for hvert enkelt søkesystem.....	13
3.4 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler.....	13
3.5 Kvalitetsbedømming av artiklene	16
3.6 Analysering av artiklene	16
3.8 Ethiske overveielser.....	17
4.0 RESULTATER	18
4.1 Hvilke informasjonsbehov har pasientene, og blir disse møtt?.....	18
4.1.1 Liggetid og informasjon	19
4.2 Behovene endrer seg i takt med tids- og krisefaser	20
4.3 Tilpassing av standardisert informasjon etter individuelle behov	21
4.4 Sammenhengen mellom mottatt informasjon og livskvalitet.....	23
4.5 Pasientens preferanser på videre oppfølging.....	24
5.0 DISKUSJON	27
5.1 Metodediskusjon.....	27
5.2 Resultatdiskusjon.....	28
5.2.1 Hvilke informasjonsbehov har pasientene, og blir disse møtt?	29
5.2.2 Behovene endrer seg i takt med tids- og krisefaser	30
5.2.3 Tilpassing av standardisert informasjon etter individuelle behov	31
5.2.4 Sammenhengen mellom mottatt informasjon og livskvalitet	33
5.2.5 Pasientens preferanser på videre oppfølging	34
5.3 Våre kritisk-analytiske vurderinger av resultatene	35
6.0 KONKLUSJON	36
LITTERATURLISTE	37

Vedlegg 1 – PIO modellen

Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte forskningsartikler

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet vi har valgt for denne studien er informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Vi har valgt å konsentrere oss om sykepleierens rolle i det å formidle informasjon til pasienter med førstegangs hjerteinfarkt, som skal utskrives fra sykehus. Grunnen til at vi valgte dette temaet var at vi hadde stor interesse for feltet hjerte og karsykdommer og ønsket å fordype oss i kunnskapen på området, da det å undervise og å gi informasjon til disse pasientene er en viktig del av sykepleien. Sykepleieren er ofte den som står pasienten nærmest under sykehusoppholdet, og et viktig mål er å skape trygghet i en slik akutt og dramatisk situasjon. For å kunne skape trygghet er informasjon og undervisning et veldig viktig ledd i prosessen. Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt utgjør i dag stor gruppe, og som sykepleier vil man før eller senere oppleve å komme i kontakt med denne pasientgruppen. Enten på akuttmottak, observasjonspost eller medisinsk avdeling. Muligheten for å møte en person med gjennomgått hjerteinfarkt i samfunnet er særdeles høy, enten man jobber i helsevesenet eller ikke. Samfunnet forventer da at en sykepleier skal ha bred kunnskap om hjerte og karsykdommer.

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien var å kartlegge informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og se om det fantes sammenheng mellom mottatt informasjon på sykehuset og livskvalitet etter utskrivelse. Vi har formulert tre forskningsspørsmål vi ønsker å få svar på:

1. Hvilke informasjonsbehov har en pasient som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt?
2. Blir pasientens informasjonsbehov møtt?
3. Hvordan opplever pasientene sin livskvalitet etter utskrivelse, og hvilke preferanser har de for videre oppfølging?

Med preferanser mener vi det pasientene selv foretrekker

Ut i fra dette har vi formulert følgende problemstilling:

”Hvordan kan vi som sykepleiere, ved hjelp av informasjon og undervisning, bidra til økt livskvalitet hos pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt?”

2.0 TEORI

2.1 Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt er en irreversibel skade i et område av myokard forårsaket av vedvarende og alvorlig ischemi. De fleste infarktene oppstår når en koronararterie tilstoppes (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise 2006). Avhengig av hvor denne tromben dannes, vil infarktets ramme større eller mindre deler av hjertemuskulaturen. Hjerteinfarkt er vanligst i venstre ventrikkel. Allerede etter få timer starter kroppen reparasjon av det ødelagte vevet, med fjerning av døde celler og tilvekst av nye blodårer og bindevev. Etter 4-6 uker er denne reparasjonen stort sett fullført. Bindevevet har like stor fysisk styrke som ødelagt hjertemuskelvev, men er inaktivt. Det bidrar ikke i hjertets pumpefunksjon. Pumpekraften tar seg vanligvis raskt opp igjen, slik at pasienten allerede etter få dager kan utføre dagligdagse aktiviteter. Det er bare ved de største infarktene at hjertets arbeidskapasitet blir vedvarende svekket (Mæland 2006).

Infarktene kan oppleves noe forskjellig og fører vanligvis til sterke smerter i brystet, ofte med utstråling til armer eller hals, gjerne ledsaget av kvalme og oppkast. Pasienten opplever engstelse blir blek og kaldsvett. I akutt fase er hjerterytmen ustabil og ventrikkelflimmer med hjertestans kan inntreffe (Jacobsen et al. 2006). Akutt behandling tar sikte på å lindre smerter og begrense infarktets størrelse og å forebygge og behandle komplikasjoner. Vanlig er trombolytisk behandling og åreutblokking (PCI), med innsettelse av stent. Morfin, antiemetika og oksygen gis rutinemessig i akutfase. Acetylsalisyre gis i oppløst form (brusetabletter.), senere som tablett Albyl-E (Jacobsen et al. 2009).

En person som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt har i de påfølgende år større risiko for å dø. Risikoen avtar med tiden. Det første året etter er dødeligheten fem ganger høyere enn normalt. En rekke faktorer påvirker dødeligheten. Risikofaktorer er: tidligere koronar hjertesykdom, diabetes, overvekt, høyt blodtrykk, livsstils faktorer som kosthold, røyking, alkoholkonsum. Også mosjonsvaner, mengde stress, jobbsituasjon og familie og sosialt nettverk er av stor betydning (Mæland 2006).

2.2 Hjerteinfarkt og historisk utvikling

Alle hjertepasienter bør reaktiveres og stimuleres til et fullverdig liv så raskt som mulig, innen de rammer sykdommen setter. Det har de siste ti år skjedd store framskritt i den medisinske og kirurgiske behandlingen. Rehabilitering har dokumenterte betydelige gevinster i form av systematisk opptrening, pasient informasjon, psykososiale støttetiltak (Mæland 2006). Hjertelidelser ble beskrevet allerede på 1700 tallet men det var først i det 1900 århundre at man oppdaget at hjerteinfarkt er en egen sykdom. Forskning har gitt grunnlag for ny optimisme ved denne fryktede sykdommen som hjerteinfarkt er. Bare i løpet av de siste tiårene har vi fått økt kunnskap og langt bedre behandlingsmuligheter. I begeistringen over nyvinninger på farmakologi og kirurgis områder har enkle og forstandige behandlingsformer kanskje kommet i skyggen. I stor grad rettes oppmerksomheten mot hjertet og kanskje mindre mot pasienten. Helt fram til 1960 årene ble infarkt pasienter behandlet som skjøre egg, de måtte skånes og vernes. Strengt sengeleie i seks uker etter et infarkt var standard. I dag er vanlig liggetid 3-4 dager (Mæland 2006). I følge Folkehelseinstituttet er hjerte og karsykdommer den vanligste årsaken til innleggelse ved Norske sykehus i dag. Hjerteinfarkt utgjør en stor andel av disse diagnosene. Hjerteinfarkt er en livstruende og dramatisk sykdom som kan ramme begge kjønn. Menn har blitt rammet hyppigere men stadig flere kvinner får det også. Ofte er det de mellom 40-59 år som er mest utsatt, men også de som er passert 80 år. Beregninger tyder på at mellom 15000 og 19000 får akutt hjerteinfarkt i Norge hver år (Folkehelseinstituttet 2010). Det satses mye på behandling av den akutt syke pasient, mens det har vært lagt mindre vekt på systematisk oppfølging etter utskrivelse. Behandlingsmetodene innen medisin og kirurgi har bidratt til at flere overlever et akutt hjerteinfarkt (Mæland 2006).

2.3 Reaksjoner på å bli akutt syk

Akutt sykdom kan forandre en persons følelse av velvære, fysisk integritet og mulighet til å være selvhjulpent og uavhengig. Å bli akutt kritisk syk påvirker hele personen, ikke bare de organer som rammes (Moesmand og Kjøllestad 2007). Det å bli innlagt med akutt hjerteinfarkt er for de fleste forbundet med frykt og utrygghet. Hvordan en person mestrer sykdom, avhenger av faktorer som alder, personlighet, ferdigheter, hva én vet og tror om

sykdommen, prognose og omgivelser (Moesmand og Kjøllstad 2007). Pasientrollen er en avhengig og sårbar rolle. Pasienten har ofte få muligheter til å ta avgjørelser som gjelder han selv, til å utfolde initiativ og påta seg ansvar. Som oftest overtar leger og sykepleiere oppgaver som pasienten til vanlig ivaretar selv. En slik rollefordeling er hensiktsmessig så lenge pasienten er kritisk syk. Da er det ofte mangel på krefter, kunnskap og vilje til å ta ansvar for eget ve og vel. Men så snart det er tegn til bedring er det viktig å bli møtt med forventninger om at han i større grad skal mestre dette selv. De viktigste hjelpemetodene sykepleieren har i denne sammenheng er veiledning og undervisning. Helt grunnleggende er det å møte pasienten med oppmerksomhet og interesse. En avvisende holdning kan hindre at pasienten får uttrykt sine behov, med den konsekvensen at han ikke får den nødvendige hjelp og støtte. Et rolig ytre hos en pasient kan skjule både angst og spenning (Almås 2007).

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte kriser. Traumatiske kriser brukes gjerne om belastninger – fysiske, psykiske eller sosiale, som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem. Man skiller vanligvis mellom fire faser i menneskers normale krisereaksjon: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen (Eide og Eide 2009). En stor del av pasientene som har gjennomgått et hjerteinfarkt befinner seg i kortere eller lengre tid i en krisetilstand som har innvirkning på evnen til å oppfatte og huske informasjon. Situasjonen her og nå, sammen med kortsiktige mål bør være i fokus for informasjon, samhandling og samtaler i denne perioden. Gradvis begynner pasienten å orientere seg om de realiteter han står ovenfor: han må se i øynene at det har skjedd varige endringer. Å mestre den nye livssituasjonen er en ny utfordring og innebærer læring og utvikling på flere områder for pasienten og hans nærmeste. Sykepleieren må forstå pasientens situasjon samtidig som én må ha fremtiden i tankene (Almås 2007).

I følge Almås (2007) viser undersøkelser at pasientene har behov for å snakke med helsepersonell om sine problemer, samt at andre som har vært gjennom et hjerteinfarkt kan være gode samtalepartnere i nyorienteringsfasen. Samtaler og veiledning kan foregå poliklinisk, individuelt eller som gruppesamtaler. Enkelte sykehus tilbyr gruppesamtaler allerede de første dager etter infarkt. (Almås 2007).

2.4 Informasjon etter et hjerteinfarkt

Informasjon kan defineres som opplysning eller underretning. Slik ordet brukes, kan det kanskje forstås som hovedsakelig enveis formidling av fakta eller opplysninger. Pasienter, klienter og pårørende har behov for og rett til informasjon om det som angår dem selv. Mangel på informasjon kan gi uttrykkhet, usikkerhet og øke lidelsen (Tveiten 2001).

Redusert liggetid etter gjennomgått infarkt er en av de største utfordringene i forhold til det å gi informasjon til både pasientene og deres pårørende. Å finne riktig tid og sted for en god samtale kan bli vanskelig. Pasienten er i en dramatisk situasjon som kan beskrives som sjokk/krise tilstand. Det blir derfor naturlig å stille seg spørsmålet om hvor mottakelig pasienten er på dette tidspunkt (Mæland 2006).

”Kunnskap er makt” heter et gammelt ordtak, og kanskje dette er ekstra sant ved sykdom. I tillegg til smertene og plagene, skaper infarkt stor usikkerhet. For mange pasienter er uvissheten en større byrde enn de fysiske plager. Pasientinformasjon tar sikte på å redusere denne usikkerheten så lang det lar seg gjøre. Det å ha kunnskap om en sykdom dreier seg egentlig om innsikt i mange ulike aspekter ved sykdommen. En diagnose sier ikke alt om en persons sykdom. To pasienter med samme medisinske diagnose kan ha svært ulike symptomer og prognose. For hjertepasienten handler det om å få en større forståelse for hvorfor hun/han ble syk, hvordan symptomene skal tolkes og hva som venter i fremtiden. I medisinsk språkbruk snakker vi om kjennskap til etiologi, patogenese, diagnose, behandling og prognose (Mæland 2006).

Det finnes mange usanne myter om hjerteinfarkt og en viktig side ved pasientundervisningen er å hjelpe folk til å forstå at slike myter ikke er gyldige. For å kunne gjøre det må informasjonen være begrunnet. Pasienten må også få informasjon om egen tilstand. Slik konkret kunnskap er viktigere enn teoretisk medisinsk forståelse.

Lov om pasientrettigheter § 3-1 sier at pasienten har krav på tilstrekkelig informasjon og kan medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. § 3-2, og at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og skal gis på en hensynsfull måte § 3-5 (Lovdata 1999).

2.4.1 Tidspunkt for å informere

Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt bør få et tilbud om systematisk og individuell rådgivning allerede de første dager på sykehuset. Ofte er varigheten på innleggelsen så kort at det vanskeliggjør omfattende informasjon under oppholdet. I tillegg er pasientene ofte lite mottakelige, men evnen til å motta informasjon er ikke lik null. For å få varige virkninger bør den sykehusbaserte informasjonen følges opp etter utskrivningen. For de fleste pasienter er det viktig med støtte til å gjennomføre livsstilsendringer de allerede er sterkt motiverte til, som å slutte å røyke, legge om kostholdet eller bli mer fysisk aktive (Mæland 2006).

2.4.2 Innholdet i informasjonen

Informasjonen bør fremfor alt styrke den naturlige tilhelingen av kroppen, spesielt det som pasienten selv kan ta kontroll over. Eksempler på informasjon til pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt omhandler: anatomi og fysiologi, informasjon om sykdommen, risikofaktorer, symptomer, medikamenter og eventuelle bivirkninger, fysisk aktivitet, gjenopptakelse av seksualliv, kostholds- og livsstilsendringer og psykologiske faktorer som depresjon, angst/frykt, maktesløshet og isolasjon (Mæland 2006).

Informasjonen bør hjelpe pasienten til å velge en livsstil som reduserer risikoen for tilbakefall eller videre utvikling av hjertesykdommen. Informasjonen bør være konkret og legge vekt på alternative strategier. Det som er minst viktig for pasienten er slik kunnskap som helsepersonell bruker lengst tid på å tilegne seg i sin egen utdanning: detaljerte beskrivelser av anatomi og fysiologi. Likevel er det nødvendig at pasienten har en viss forståelse for hjertets normale virkemåte og hva hjertesykdommen består i (Mæland 2006).

2.4.3 Ulike måter å informere på

Pasientinformasjon kan skje standardisert eller individualisert. Med standardisert informasjon mener vi undervisning som er ferdigpakket dvs. etter en bestemt plan og har et bestemt innhold. Et audiovisuelt program er standardisert: Alle pasienter får samme

informasjon på samme måte. Bruk av bilder og lyd kan lette informasjonstilgjengeligheten. Det er også tidsbesparende for personalet (Mæland 2006).

Individualisering dreier seg om at den lærendes egne mål, behov og lærerforutsetninger må legges til grunn for de vurderinger og valg sykepleieren gjør i planlegging og gjennomføring av pasientundervisning (Tveiten 2001). Innholdet, formen og progresjonen i informasjonen kan tilpasses den enkelte pasient. Slik undervisning åpner for toveiskommunikasjon, noe som er svært viktig (Mæland 2006).

Gruppebasert undervisning er ofte et kompromiss mellom disse to undervisningsformene. Man følger på forhånd en oppsatt plan, men kan tilpasse denne etter gruppens reaksjoner og ønsker. Et viktig fortrinn med gruppebasert opplegg er at det skaper kommunikasjon mellom deltakerne, som gir mulighet for utveksling av tanker og erfaring. Mye av basisinformasjonen gis vanligvis i form av ferdige undervisningselementer, som brosjyrer eller audiovisuelle program. Bruk av illustrasjoner er en klar fordel for å lette forståelsen av stoffet (Mæland 2006).

2.4.4 Koordinering av informasjon

I sykehuset er det vanligvis tre profesjoner som deler på ansvaret for infarktpasienten: lege, sykepleier og fysioterapeut. Enkelte har også behov for psykolog og sosionom. Primærteamet rundt den enkelte pasient bør ta et felles ansvar for den tidlige informasjon. Det må være klare retningslinjer på hvilket ansvarsområde i forhold til informasjon, de ulike profesjonene har. Det er naturlig at legen gir råd om medikamenter og videre medisinsk behandling, fysioterapeuten er ekspert på fysisk reaktivisering, mens sykepleier har en viktig rolle i forhold til koordinering, og å hjelpe pasienten til å forstå innholdet i informasjonen. Det er viktig at det er sammenheng mellom den informasjonen som er gitt, og at pasienten ikke mottar motstridende informasjon. Det er også viktig at informasjonen formidles på et forståelig "språk". Sykepleieren har en sentral rolle i forhold til å skape sammenheng i den informasjonen pasientene mottar, og det er ikke noen i veien for at sykepleier tar hovedansvar for informasjonen gitt under og etter sykehusoppholdet. Flere sykehus har opprettet stilling som kontaktsykepleier for hjertesyke pasientene (Mæland 2006).

2.5 Livskvalitet og mestring

Livskvalitet er et subjektivt og flerdimensjonalt begrep som rommer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet. En norsk psykolog har definert livskvalitet som: ”et menneske har det godt og har høy livskvalitet dersom man er aktiv, har samhørighet med andre, har god selvfølelse og en grunnstemning av glede” (Næss 1986 gjenfortalt i Reitan og Schjølberg 2004:39).

Livskvalitet er i dag i fokus i mange fagfelt, og hvert av fagfeltene har sitt perspektiv. Innenfor helsetjenesten er livskvalitet i dag et etablert mål for virksomheten, og dette er nedfelt i offentlige utredninger. Behandlingsfilosofien er i dag opptatt av å forstå og behandle sykdom i et bredere perspektiv, hvor livskvalitet skal være i fokus. I forhold til å oppleve sykdom vil helse spille en sentral rolle i oppfattelsen av livskvalitet. Personens egen oppfatning av helse refereres som helserelatert livskvalitet. Livskvalitet ses på som en sammenheng mellom morbiditet, symptomer og opplevelse av problemer som følge av de symptomer man har. Psykologiske forhold vil påvirke hvordan symptomer og problemer blir oppfattet, og hvordan personen opplever sin livskvalitet. Dette kan gjelde sinnstilstand, mestringsstil og kognitiv stil. Å få en akutt og alvorlig sykdom medfører ofte at man må redefinere verdier og mål i livet. Dette vil påvirke oppfattelsen av livskvalitet (Gjengedal og Hanestad 2008).

Sykdom er en bevisstgjørende faktor i forhold til mening. Å finne en mening med den situasjonen man er i, er viktig for å kunne bearbeide en krise. Sykepleier kan bidra til å endre pasientens holdninger til seg selv og sin sykdom. Ved sykdom kan man få et endret syn på seg selv, et endret selvbilde. Selvbildet er av betydning for hvor motivert pasienten er for å tilpasse seg sin nye situasjon etter gjennomgått sykdom og behandling.

Krisereaksjoner kan ses på som en form for mestring. Når mennesker opplever en krise, utfordres evnen til mestring. I dagligtale brukes mestring synonymt med uttrykk som å klare seg, greie seg og få til noe. Livet er mestring i den betydning at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter (Reitan og Schjølberg 2004).

Mestring defineres som:

”Kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære” (Lazarus og Folkman gjengitt av Hansen og Natvig i Gjengedal og Hanestad 2008:47).

Mennesker reagerer individuelt på ulike hendelser i livet og har ulike forutsetninger for å mestre situasjoner de stilles ovenfor. Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller for å endre meningen av dette forholdet. Mestring eller mestringsforsøk foregår i situasjoner der personen opplever krav som er større enn hans ressurser. Mestring består av både tanker, følelser og atferd for å takle kravene (Moesmand og Kjøllesdal 2007). Hvordan en person ser på seg selv, om han har tro på seg selv og om personen har et positivt syn på livet, mener Lazarus (1999) spiller en stor rolle i hvordan personen mestrer kriser og uventede hendelser i livet (Moesmand og Kjøllesdal 2007). Mestring kan i hovedsak deles inn i problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring er strategier hvor funksjonen er å endre eller håndtere det i miljøet som oppleves belastende. Emosjonsfokuset strategier har som hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen (Gjengedal og Hanestad 2008).

3.0 METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor vi ønsker å få en oversikt over aktuell litteratur om temaet informasjon og undervisning til hjerteinfarktpasienter. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra flere skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom dem og til slutt sammenfatte det hele (Magnus og Bakketeig 2000). I denne prosessen har vi blitt inspirert av Goodmans sju steg. Med disse sju stegene kan en på en systematisk måte finne og granske vitenskapelig litteratur (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

3.1 Spesifisering av forskningsproblem

Hensikten med denne studien var å kartlegge informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og se om det fantes sammenheng mellom mottatt informasjon på sykehuset og livskvalitet etter utskrivelse. Vi ønsket i første omgang å finne artikler som tok for seg informasjonsbehovet hos hjerteinfarktpasienter, samt artikler som beskrev pasienters opplevelse av et hjerteinfarkt og hvordan de opplevde å komme tilbake til hverdagen. Dette mener vi er et viktig tema, da sykepleiere står for store deler av informasjon og undervisning til disse pasientene. På denne måten kan vi tilegne oss økt kunnskap, slik at vi som sykepleiere kan forberede pasientene på livet etter et hjerteinfarkt.

3.2 Spesifisering av inkluderings- og ekskluderingskriterier

Både kvalitative og kvantitative artikler var av interesse for oss, da vi ønsket å kartlegge både pasientenes ulike opplevelser, hvilken type informasjon pasientene ønsket og om de var tilfredse med informasjonen de hadde mottatt. Andre inklusjonskriterier for artiklene var at de skulle være av høy vitenskapelige kvalitet (grad 1-2) i følge kvalitetsgraderingen i (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006), og gi svar på studiens problemstilling og spørsmål. Pasientgruppen som undersøktes skulle være diagnostisert med et førstegangs akutt hjerteinfarkt. De kunne være av begge kjønn, og vi har ikke satt noen

aldersbegrensning. Artikkene skulle være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk, og helst ikke være eldre enn fem år.

Eksklusjonskriterier var artikler som vi anså som lite relevante for vår problemformulering, artikler av lav vitenskapelig kvalitet (grad 3) i følge Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) og artikler som vi anser som ikke overførbare til norske forhold. Vi har også ekskludert pårørende.

3.3 Formulering av plan for litteratursøk

I følge Goodman skal planen for litteratursøket formes ut i fra problemformuleringen og dens begrensninger. Planen skal være formulert på en måte som gjør at den relevante litteraturen kan identifiseres innen oppgavens rammer. Goodman gjør rede for følgende fire trinn for å kunne formulere en plan for litteratursøkingen (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

3.3.1 Identifisere hvilke ressurser som er tilgjengelige

Vi bestemte oss for å sette av 1-2 uker til intensiv søk etter forskningsartikler. Databasene vi brukte var tilgjengelige gjennom Molde Høgskoles bibliotek. Før vi startet selve søkingen, lagde vi en PIO modell (vedlegg 1). Dette for å få en diskusjon over aktuelle søkeord og sette dem i et oversiktlig system, slik at vi kunne gjøre systematiske søk.

3.3.2 Identifisere hvilke databaser som er relevante for litteraturstudiet

Databasene vi anså som relevante for å finne vitenskapelige artikler i forhold til vårt tema var; Ovid (British nursing index, Ovid nursing database), SveMed+ og Science Direct. Vi valgte disse fordi de fleste mest sannsynlig er innholdsrike på forskning rettet mot sykepleie (Høgskolebiblioteket i Molde).

3.3.3 Hovedtrekk avgjøres og forskningsproblemet avgrenses

Ved hjelp av PIO modellen kom vi frem til de søkeordene som var mest aktuelle i forhold til hensikten for studien. Søkeordene vi kom fram til var MeSH termene: Myocardial infarction, quality of life, patient education, rehabilitation og nursing. Andre søkeord som brukes er: information, educational needs, learning needs og follow-up. For å avgrense søkene og få flest mulige artikler av relevans, kombinerte vi søkeordene med "AND" og "OR" og satte begrensning på publiseringssår (ikke eldre enn 5 år).

3.3.4 Utvikle en søkestrategi for hvert enkelt søkesystem

Vi foretok systematiske litteratursøk ved å benytte de samme søkeordene i de ulike databasene. Alle artikler vi fant av interesse for vår studie lot seg skaffe i full tekst, dermed ble det ikke aktuelt å bestille artikler gjennom høyskolebiblioteket.

3.4 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler

Mesteparten av databasesøkingen gjorde vi sammen, men utførte også noen av søkene hver for oss. De første søkene som ble gjort gjorde vi i Ovid, da dette var en database vi kjente godt. Vi valgte her å gjøre et fellessøk med databasene British nursing index og Ovid nursing database. Vi startet med å gjøre et enkelt søk på alle MeSH termene og de øvrige søkeordene. Deretter kombinerte vi hovedsøkeordet vårt (MeSH termen myocardial infarction) med de øvrige søkeordene. Disse søkekombinasjonene ga mange relevante treff. De ulike søkekombinasjonene, avgrensninger, trunkeringer, antall treff, antall leste abstrakt, antall leste artikler og antall artikler tatt med i oppgaven kan leses ut fra tabell 1. Vi gjorde i tillegg søk i den svenske databasen SveMed+, med samme søkeord og søkestrategi, men disse søkene ga generelt lite treff på våre søkeord og vi fant ingen artikler av relevans for vår oppgave. Disse resultatene kan ses i tabell 2. Vi gjorde to søk i databasen Science Direct, se tabell 3. I det første søkte vi på myocardial infarction AND information, valgte vi å avgrense med publiseringssår (2003-2009) og treff innen sykepleie og helseprofesjoner. I det andre søket i Science Direct valgte vi å gå bredt ut ved å søke kun på myocardial infarction, men begrenset søket til treff i kun "European Journal of Cardiovascular Nursing". Denne journalen ble valgt fordi den er sykepleierettet innen

hjertesykdom og europeisk, dermed er det sannsynlig at den inneholder relevant forskning som er overførbart til norske forhold. Denne søkeprosessen førte til 11 forskningsartikler som vi inkluderte i oppgaven. Det ble funnet flere andre artikler som var veldig relevante for vår problemformulering, men de var for gamle. Av de artiklene vi har inkludert i oppgaven, var to artikler eldre enn 5 år, de var begge publiserte i 2003. Vi har likevel valgt å inkludere disse da vi anså dem som gode (kvalitetsgrad 1 og 2) og veldig relevante for oppgaven, samt at vi ikke fant så mye ny forskning på området. Vi gjorde i tillegg et manuelt søk i ProQuest ut i fra referanselistene til de artiklene vi hadde funnet. Vi søkte da på artiklenes tittel og forfatter. Dette søket resulterte i to artikler som ble tatt med i litteraturstudiet.

Tabell 1 Søkeshistorikk - Ovid (British Nursing index og Ovid Nursing database)

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ søkekombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
14.12.2009	1	Myocardial infarction		4801	0	0	0
	2	Inform\$		46671	0	0	0
	3	Quality of life		16007	0	0	0
	4	1 AND 2	2004 - 2009	148	17	7	4
	5	1 AND 3	2004 - 2009	78	14	6	3
	6	Rehabilitation		13964	0	0	0
	7	1 AND 6	2004 - 2009	163	8	3	1
	8	Patient education		21109	0	0	0
	9	1 AND 8	2004 - 2009	84	3	0	0
	10	Follow-up		12333	0	0	0
	11	1 AND 10		167	5	2	1
	12	Learning needs		626	0	0	0
	13	Education\$ needs		929	0	0	0
	14	Information needs		1775	0	0	0
	15	1 AND 12 OR 13 OR 14		33	4	1	1

Tabell 2 Søkeshistorikk – SveMed+

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ søkekombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
16.12.2009	1	Myocardial infarction		1162	0	0	0
	2	Inform\$		5423	0	0	0
	3	Quality of life		1880	0	0	0
	4	1 AND 2		97	5	1	0
	5	1 AND 3		20	3	0	0
	6	Rehabilitation		2223	0	0	0
	7	1 AND 6		44	3	0	0
	8	Patient education		1978	0	0	0
	9	1 AND 8		30	1	0	0
	10	Follow-up		2959	0	0	0
	11	1 AND 10		62	2	1	0
	12	Learning needs		2	0	0	0
	13	Education\$ needs		11	0	0	0
	14	Information needs		33	0	0	0

Tabell 3 – Søkeshistorikk Science Direct

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ søkekombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
18.12.2009	1	Myocardial infarction AND information	2004 – 2009 Nursing and health professions	26	3	1	0
	2	Myocardial infarction	2004 – 2009 European Journal of Cardiovascular Nursing	326	13	2	1

3.5 Kvalitetsbedømming av artiklene

Artiklene vi har inkludert i denne litteraturstudien ble vurdert etter Willmans kriterier for kvalitative og kvantitative artikler (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006:154-157). For å vurdere den vitenskapelige kvaliteten på artiklene, brukte vi Willmans kvalitetsgradering for vitenskapelige artikler. Kvalitetsgraden bestemmes ut i fra et poengsystem som inneholder ulike spørsmål, med svaralternativer ”ja”, ”nei” eller ”vet ikke”. Positive svar ga ett poeng, mens negative svar eller vet ikke, ga null poeng. Poengsummen regnes til slutt ut i prosent, som avgjør kvaliteten på artiklene. De artikler som oppnår 80-100 % anses å ha høg vitenskapelig kvalitet (grad 1), de som oppnår 70-79 % anses å ha middels kvalitet (grad 2) og de artiklene som oppnår mindre enn 69 % anses å ha lav vitenskapelig kvalitet (grad 3) (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Vi leste og kvalitetssikret artiklene hver for oss, for deretter å gå gjennom dem sammen. Dette gjorde vi for å unngå å påvirke hverandre i kvalitetsbedømmingen, samtidig som det å gjøre tre individuelle vurderinger av hver artikkel vil styrke resultatene av kvalitetssikringen. Vi satte oss deretter sammen for å diskutere resultatene, og det viste seg at vi var nokså enige i kvalitetsbedømmingen av artiklene. Noe som igjen kan styrke kvaliteten av våre resultat. Av i alt 16 vurderte artikler, ble 13 av dem tatt med i studien. Av disse artiklene ble 9 av dem vurdert til grad 1 og fire vurdert til grad 2. Tre artikler ble ekskludert da to av dem var oversiktsartikler og en ble vurdert til grad 3.

3.6 Analysering av artiklene

Formålet med denne fasen var å sammenstille og oppsummere resultatene. Før vi gjennomførte en slik oppsummering sorterte vi studiene etter ulike sammenlikningstema og utfall, ut i fra formålet vårt med denne studien. Vi foretok en systematisk gjennomgang der vi delte de aktuelle resultatene inn i ulike fargekoder. Vi gikk så gjennom alle artiklene med markeringstusj, og markerte de ulike resultater i ulike kategorier (fargekoder). Ved hjelp av denne metoden, fant vi ulike resultater som utpekte seg og gikk igjen i flere artikler. Dette ga oss en god oversikt over resultatene, og gjorde det enklere når vi skulle sammenstille og oppsummere disse resultatene i vår studie.

Vi laget deretter en oversiktstabell over de inkluderte forskningsartiklene (vedlegg 2), der forfatter, publiseringsår, tittel, tidsskrift, land, mål for studien, metode, populasjon, resultat og kvalitetsgrad ble beskrevet for hver enkelt artikkel. Dette ga oss en god oversikt over resultatene, og gjorde det enklere når vi skulle sammenstille og oppsummere resultatene i vår studie.

3.8 Etiske overveielser

Hovedkomiteen for norsk forskning konkluderer med at all forskning som omhandler mennesker må skje i overensstemmelse med bestemte etiske retningslinjer for hva som er akseptabelt. Den viktigste retningslinjene er Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen vektlegger at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet, må gå foran hensynet til forskning og samfunn. Det innebærer at forskere har et ansvar for å sikre informert og frivillig samtykke, samt sørge for at deltakernes autonomi og integritet blir overholdt (Dalland 2007). Vi har vurdert hvilke artikler som redegjør for etiske overveielser i sin forskning. Av de 13 forskningsartiklene inkludert i denne studien, har 11 av dem redegjort for etiske overveielser.

4.0 RESULTATER

Resultatdelen har vi valgt å dele inn i ulike tema, som ble formet etter analysen av resultatene. Det første underkapittelet tar for seg hvilke informasjonsbehov pasientene har og deres tilfredshet med informasjonen som er blitt gitt. Deretter ser vi på om informasjonsbehovene endrer seg over tid, informasjon og individuelle behov, sammenhengen mellom informasjon og livskvalitet og til slutt pasientens preferanser på videre oppfølging.

4.1 Hvilke informasjonsbehov har pasientene, og blir disse møtt?

Noen av artiklene har gått inn for å finne ut av hvilke temaer pasientene setter som høyere og lavere prioritet i undervisningen/opplæringen. Hensikten med enkelte studier var å kartlegge om pasientene var tilfreds med informasjonen de hadde mottatt på sykehuset, eller om de hadde behov for mer. I en britisk studie foretatt av Jonathan Smith og Clive Liles (2007) fant de at hjerteinfarktpasienter rangerte temaene medisiner, komplikasjoner og symptomer som høyeste prioritet. En annen av studie Timmins og Kalierb (2003) som for øvrig har inkludert både pasienters og sykepleieres preferanser på informasjonsbehov støtter også disse funnene. Det ble her skåret høyest av både pasienter og sykepleiere på punkter innenfor komplikasjoner og symptomer som: Hva skal jeg gjøre hvis jeg får brystmerter?, Hva kan jeg gjøre for å redusere sjansene for et nytt hjerteinfarkt?, Hvilke tegn og symptomer har et hjerteinfarkt?, Når bør jeg kontakte lege? Et tema som her ble gitt lavest prioritering av pasienter, men høy prioritering av sykepleierne var fysisk aktivitet (Timmins og Kaliszerb 2003). Et annet tema som ble rangert lavt var støtte og omsorg i samfunnet (Smith og Liles, 2007).

Resultater viser at det pasienter har fått mest informasjon om under sykehusoppholdet er generelle ting som, hva et hjerteinfarkt er og årsaker til dette (Oterhals, Hanestad, Eide og Hanssen 2006). Opplæringen som ble gitt på sykehuset inneholdt generelle aspekter som hjertets anatomi, hva et hjerteinfarkt er, risikofaktorer, trening etter et hjerteinfarkt og råd om kosthold (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Minst informasjon fikk de om seksuell aktivitet, bruk av medisiner, sysselsetting og livsstil og problemer/komplikasjoner

etter hjerteinfarkt (Oterhals, Hanestad, Eide og Hanssen 2006). De fleste pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt har sjelden eller bare noen ganger fått rutinemessig muntlig informasjon om seksuell funksjon og sameksistens før utskrivning fra sykehuset. 50 % av pasientene har rutinemessig mottatt skriftlig informasjon (Ivarsson, Fridlund og Sjöberg, 2009).

De fleste pasientene var generelt fornøyd med informasjonen (Timmins og Kaliszerb, 2003). Oterhals med flere (2006) viser til resultater der 12 % av pasientene vurderte informasjonen de fikk under sykehusoppholdet som ikke tilfredsstillende med tanke på å håndtere konsekvensene av sykdommen etter utskrivelse, 68 % mente informasjonen var tilfredsstillende og 20 % meget tilfredsstillende. De fant også ut at jo mer informasjon pasientene fikk, desto mer fornøyde var de. I følge Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) har en del tidligere studier avdekket at det er mange pasienter med udekket behov etter utskrivning. Bergmann og Berterö (2003) avdekket med sin forskning at flere pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt opplevde å ha fått for lite og utilstrekkelig informasjon om sin sykdom. Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) viser til resultater med stor variasjon av tilfredshet, som fra svært fornøyd til ikke fornøyd i det hele tatt.

4.1.1 Liggetid og informasjon

To studier har sett nærmere på om antall liggedøgn har noen sammenheng med mengde informasjon mottatt av pasientene (Oterhals et al. 2006, Smith og Liles 2006). Den ene studien viste at gjennomsnittlig poengsum var den samme om pasienten lå mindre eller mer enn fire dager på sykehuset. Selv om pasienter med kortere sykehusopphold ikke rapporterte å få mindre informasjon under sykehusoppholdet, var manglende informasjon etter hjemkomst assosiert med et kortere sykehusopphold (Oterhals et al. 2006). Pasienter med akutt hjerteinfarkt oppgir at et kort sykehusopphold er dominert av følelsen av å være for syk eller engstelig for å være mottakelig for informasjon (Smith og Liles 2006).

4.2 Behovene endrer seg i takt med tids- og krisefaser

Å gi informasjon og støtte til pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt har lenge vært identifisert som en viktig sykepleiefunksjon. Men pasientenes læringsbehov og informasjonsbehov kan variere mye under de forskjellige stadiene av rehabiliteringen, og deres evne til å forstå varierer fra en fase til en annen (Decker, Garavalia, Chen, Buchanan, Nugent, Shipman og Spertus 2007, Hansen, Nordrehaug og Hanestad 2005, Smith og Liles 2007). Pasientene kan få problemer med forståelse eller å huske informasjonen gitt på sykehus når de er i en vanskelig situasjon. Samtidig kan informasjonene være dårlig organisert og levert (Smith og Liles 2007). En pasient sa at det var vanskelig å takle sin situasjon og stille spørsmål når så mange ting skjedde på en gang (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Som helsepersonell er det viktig å vurdere hver enkelt pasient for å definere egenskaper som angst, benektelse, sinne og depresjon (Oterhals et al. 2006). Kirurgiske og medisinske pasienter, samt pasienter med akutt hjerteinfarkt oppgir at et kort innleggelsesopphold er dominert av følelsen av å være for syk eller engstelig til å være mottakelig for informasjon (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005).

Både pasienters rolle i beslutningsprosesser og informasjonsbehovene endres når pasienten utvikler seg fra den akutte hendelsen til rehabilitering. Da pasienten var i en kritisk fase på sykehuset var informasjonsbehovet svært forskjellig fra da de var hjemme etter utskrivelsen (Decker et al. 2007). Pasientenes ubehag, energibegrensninger og redusert mobilitet er fysiske hindringer for å absorbere ny informasjon. Det samme er tilfelle med emosjonelle hindringer som fornektelse og angst. Informasjonen i denne fasen er vanskelig å fatte og assimilere når du bruker fornektelse som mestringsstrategi (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005).

Funn på tvers av pasientgrupper førte til identifisering av fem ulike tidsfaser som etablerte grenser for pasientens informasjonsbehov: Hendelse og legevakt, behandling og legevakt, utskrivelsesinstruksjoner, hjemkomsten og rehabilitering/gjenvinning. Type informasjon pasienten ønsket forandret seg over disse fem tidsfasene (Decker et al. 2007).

Ved hendelse og legevakt var det truende akutte i hendelsen en faktor hvor pasienter rapporterte en følelse av frykt og smerte. Pasientene indikerte at når informasjonen ble

presentert, var det viktig at det var lett å forstå. Det er viktig å gi informasjon på pasientens nivå, og ikke bruke medisinsk språk (Decker et al. 2007).

I følge Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) har flere studier hevdet at pasienter har udekte informasjonsbehov etter utskriving (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). En studie med 111 pasienter, viser til resultater om at 28 % av dem savnet informasjon ved utskrivelse (Oterhals et al. 2006). Det kom frem i en annen artikkel at timingen helsepersonell valgte for undervisning og informasjon på sykehuset var av stor betydning. ”Når de kommer inn og skal snakke med deg er du fremdeles i sjokk. De skulle gitt meg mer tid slik at jeg kunne fått med meg mer” (Mitoff, Wesolowski, Abrahamson og Grace 2005). En annen pasient sa: ”Instruksjoner blir lett glemt pga. sinnstilstanden du er i der og da. Du klarer ikke å få med deg informasjonen, eller du kanskje forvrenger den litt og hører ting som ikke ble sagt, du hører rett og slett informasjonen feil” (Decker et al. 2007).

4.3 Tilpassing av standardisert informasjon etter individuelle behov

Pasienter ønsker og trenger mer informasjon ved utskriving og etter hjemkomst, spesielt om medisiner og om mulige fremtidige problemer. Pasienter trenger å bli involvert i beslutninger om deres helse dersom deres omsorgsbehov og forventninger skal være oppfylt. (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). En pasient uttrykte: ” Det er viktig for meg å føle at jeg er en del av prosessen, for å bli bedre og komme tilbake til normalen.” Noen grunnleggende informasjonsbehov er felles for de fleste pasienter, men informasjonsbehov og ønsker er svært ofte individuelle og uforutsigbare. Skreddersydd informasjon for å møte individuelle behov, må være artikulert av pasientene selv (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Velinformerte pasienter hadde større sannsynlighet til å overholde behandlingsregimer og er bedre forberedt til å møte sine omsorgsbehov (Smith og Liles, 2007). Noen opplevde informasjonen for generell og for fokusert på tekniske forhold istedenfor relevante konsekvenser etter utskriving. En beskrev det slik: Informasjonen var all right, selv om den var av generell karakter”. Tilfredshet med informasjonen ved utskriving skilte seg fra veldig fornøyd til ikke fornøyd i det hele tatt. De som var svært fornøyde beskrev hvordan legen satte seg ned og ga individualisert informasjon og besvarte alle spørsmålene sykepleierne hadde rådet pasienten til å forberede seg på forhånd (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Å møte pasientenes

informasjonsbehov i sykehus involverer en-til-en kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient med individualisert diskusjon av pasientenes situasjon (Decker et al. 2007). En av pasientene som ikke var fornøyd beskrev opplysningene hun fikk slik: ”Den eneste informasjonen jeg fikk var angående røyking; Du må slutte å røyke, ble jeg fortalt. Jeg fikk ingen informasjon om f. eks kosthold”. Flere deltakere syntes det var vanskelig å benytte standardisert informasjon og kunnskap de hadde mottatt i forhold til konkrete problemer de opplevde i hjemmet (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). En vanlig strofe som gikk igjen var at pasientene ble bedt om å gå tilbake til normal aktivitet, men de ble aldri spurt om hva som var normalt for nettopp dem. En pasient sa: ”Jeg snakket med en sykepleier. Hun sa at de ikke liker å sette tall på denne virksomheten, så bare ikke løft noe som er til belastning for deg. Det er stor forskjell på 10 kg og en belastning. Jeg veier 100 kg og har jobbet i byggebransjen i hele mitt liv og en belastning for meg er en sekk sement, ikke en ti liters bøtte med vann” (Decker et al. 2007).

Seksuelle problemer etter hjerteinfarkt er svært utbredt hos begge kjønn i alle aldre, og det påvirker pasienters liv og velvære negativt. Mange pasienter og deres pårørende nøler med å komme til helsepersonell med problemstillinger knyttet til seksuelt og ekteskapelig liv. Det viser seg også at helsepersonell mangler kompetanse på disse områdene (Ivarsson, Fridlund og Sjöberg 2009). Det er i følge Timmins og Kaliszerb (2003) tidligere antydnet at informasjon knyttet til seksuell aktivitet bør gis lav prioritet i undervisningen, med mindre det blir ansett som viktig av pasienten eller samboer/ektefelle (Timmins og Kaliszerb 2003).

Noen pasienter indikerte forvirring over at mange ting skjedde samtidig som de var syk under sykehusinnleggelsen. På grunn av dette følte de at de ikke kunne tenke over og stille de riktige spørsmålene til de ansatte. Selv om deltakerne hadde blitt oppmuntret til å stille spørsmål, sier de fleste at det var vanskelig å vite hva man skal spørre om. Noen var redde for å stille dumme spørsmål (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005) Pasienter poengterte også at når informasjonen ble presentert, var det viktig at den var lett og forstå. Det er viktig å gi informasjon på pasientens nivå, og ikke bruke medisinsk språk. Et godt eksempel på dette ble fortalt av en pasient, som var veldig imponert over en strofe legen ga henne: ”Da det var snakk om rehabiliteringen og hva jeg skulle gjøre for å bedre helsen, sa han at du kan tenke deg at du er i butikken og leter etter biff. Hvis du ser en biff med alle

de små hvite strekene, som er fettet, kan dette sammenlignes med din situasjon. Hvis du trener, vil du til slutt få det ut, og du får et 1. klasses stykke kjøtt” (Decker et al. 2007).

Høyere alder var forbundet med å motta mindre informasjon (Oterhals et al. 2006). Noen av deltakerne, særlig eldre, uttalte at det var vanskelig å kontakte noen med mindre du har spesifikke spørsmål (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Til tross for at eldre pasienter rapporterte å motta mindre informasjon under sykehusoppholdet, var det de yngste pasientene som savnet mest informasjon etter hjemkomst (Oterhals et al. 2006). I en annen studie ble det funnet at eldre (pensjonerte) pasienter ønsket mer informasjon enn yngre (sysselsatte) pasienter (Smith og Liles 2007). I en studie som undersøkte hvilke tema pasientene ønsket informasjon om, kunne en tydelig se forskjeller mellom yngre og eldre under temaet ”fysisk aktivitet”. Resultatene viste at betydningen av informasjon om fysisk aktivitet avtok ved økende alder (Timmins og Kaliszerb, 2003).

4.4 Sammenhengen mellom mottatt informasjon og livskvalitet

Både menn og kvinner strever med å finne tilbake til hverdagen etter et hjerteinfarkt. En svensk studie med 40 deltakere avdekket at de fleste har problemer knyttet til helse og endret livssituasjon særlig de første månedene etter utskrivelsen fra sykehuset. For de fleste av deltakerne ble det beskrevet som en kamp og skulle akseptere nye begrensninger og redefinere normalitet. Et problem som gikk igjen var å kunne gjenkjenne sine egne symptom. Både fysiske og psykiske problem var verst i starten (Kristofferzon, Løfmark og Carlsson 2007). Mange slet med skyldfølelse for å ha blitt syk. De fleste tenkte på tilbakefall, noe som skapte usikkerhet om fremtiden. Mange av pasientene uttrykte depresjon og maktesløshet. De savnet kunnskap om hvordan de kunne mestre livet på en mer helsevennlig måte. En sa: ”Jeg lurer hele tiden på om det jeg gjør er 100 % riktig. Jeg savner klare direkte svar” (Bergmann og Berterö 2003). I to studier ønsket pasientene at de hadde fått mer informasjon om hvilke psykiske reaksjoner som kunne oppstå etter hjemkomst, og at det kom klarere frem hvor de skulle søke hjelp ved oppståtte problem. Begge kjønn utpekte sykepleieren som den omsorgspersonen som ga mest sikkerhet og trygghet. Informasjonen som ble gitt av lege opplevdes stressende (Eriksson, Asplund og Svedlund 2009, Kristofferzon, Løfmark og Carlsson 2007). Mange deltakere var overrasket over det betydelige fysiske eller psykologiske tilbakeslaget de opplevde etter

utskrivelsen. Noen omtalte det som at når deres fysiske funksjon ble forbedret, sank deres følelse av depresjon (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005).

Informasjon og kommunikasjon med helsepersonell på sykehuset var av stor betydning for pasientens oppfattelse av egen tilstand. Hvordan pasientene oppfattet egen sykdom virket inn på evnen til rehabilitering. De som hadde lite kunnskap følte at de hadde lite kontroll over egen situasjon og la ofte skylden for lidelsen over til arvelige faktorer (Mitoff et al. 2005). De som følte at de hadde mottatt nok og utfyllende informasjon om selve infarkt og mulige problem som kunne oppstå etter hjemkomst hadde det lettere i rehabiliteringsfasen. Felles for disse var også at de hadde lettere for å endre livsstil og de deltok også oftere på et rehabiliteringsprogram (Hildingh, Fridlund og Lidell 2006). Råd og støtte fra helsepersonell betydde svært mye. Deres kunnskap fikk pasientene til å føle seg trygge. Deres holdninger var veldig viktig for utfallet av rehabiliteringen. Når helsepersonell signaliserte positivisme og kontroll på behandling og medikasjon smittet dette over på pasientene. Noen få hadde opplevd neglisjering og lite interesse av helsepersonell under sykehusoppholdet, dette hadde gjort dem engstelige og usikre. Disse pasientene hadde vanskeligheter med å se sammenhengen mellom sykdom og livsstil. Felles for deltakerne i denne studien var at de alle innså at det kun var de selv som kunne skape en livsstilsendring. Det å tenke positivt, bruke humor og finne på nye aktiviteter ble svært viktig for mange. Å få støtte og bli tatt på alvor av empatisk helsepersonell ble utpekt som en viktig komponent for å komme videre hos samtlige av deltakerne i denne studien (Bergmann og Berterö 2003).

4.5 Pasientens preferanser på videre oppfølging

Videre oppfølging av hjerteinfarktpasienter er svært viktig for å forebygge nye hjerteinfarkt, tap av livskvalitet med mer, men i Norge er ikke hjerterehabilitering en del av den vanlige pasientbehandlingen etter et akutt hjerteinfarkt. Mesteparten av informasjonen og utdanningen er mottatt av pasientene under sykehusoppholdet. Standard oppfølging består vanligvis av ett besøk til en lege på poliklinikken ca. 6 uker etter utskrivning, og senere besøk hos pasientens fastlege (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). En studie som hadde til hensikten å kartlegge hvordan de opplevde rehabiliteringsfasen etter utskrivelse og betydningen av kontakt med helsepersonell, fant at

de fleste opplevde det vanskelig å få time raskt nok hos sin fastlege. Betydningen av å ha kompetent helsepersonell å rådføre seg med i rehabiliteringsfasen ble understreket (Hildingh, Fridlund og Lidell 2006).

Det er forsket en del på videre oppfølging av pasientene etter et gjennomgått hjerteinfarkt, og hva som gir best resultat og støtte med hensyn til pasientens livskvalitet. Når pasientene kom hjem ønsket de fleste mer informasjon enn da de var på sykehus. Å lese og høre informasjon trigger ofte til at en har flere spørsmål. En beskrev det slik: ”Jeg var overrasket over de fysiske svekkelsene, det var utrolig. Da jeg var hjemme igjen, dukket spørsmålene opp og jeg hadde ingen å spørre.” (Decker et al. 2007). Et av de viktigste funnene var at pasientene foretrakk åpne telefonlinjer og telefonoppfølging etter hjerteinfarkt (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005, Hanssen, Nordrehaug, Eide og Hanestad 2009, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007). Ingen av pasientene foretrakk besøk til poliklinikk overfor telefon og gruppeintervensjoner. Særlig de eldste pasientene, anså telefonoppfølging som en mer nyttig måte å motta informasjon og støtte på etter utskriving. En viktig årsak til dette var frykt for å spørre dumme spørsmål, samtidig som telefonkontakt krever mindre av tid og energi for pasienten (Hansen, Nordrehaug og Hanestad 2005). I en studie foretatt av Hanssen med flere (2009) vedrørende telefonoppfølging av hjerteinfarktpasienter, tyder funn på at telefonoppfølging hadde positive og betydelige resultater etter seks måneder på HRQOL (helserelatert livskvalitet) og hyppighet av trening i forhold til vanlig omsorg. Disse effektene ble ikke opprettholdt etter 12 – 18 måneder, men derimot viste det seg at sykkeligheten ble redusert hos pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt og lignet nå den normale befolkningen.

Mange pasienter hadde gode resultater etter gruppekonsultasjoner, gruppe aktiviteter, gruppeundervisning med mer. Livskvaliteten økte både fysisk, psykisk og sosialt. (Bagheri, Memarin og Alhani 2007, Bergman og Berterö 2003). Flere av pasientene ønsket å møte andre pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt, for å dele erfaringer og støtte hverandre (Bergmann og Berterö 2003, Hansen, Nordrehaug og Hanestad 2005, Hildingh, Fridlund og Lidell 2006, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007, Smith og Liles 2007). Flere som hadde deltatt på slike gruppesamlinger hadde stor nytte av det, og følte de endelig fikk svar på spørsmålet ”hvorfør fikk jeg et hjerteinfarkt?” (Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007). Noen av pasientene foreslo å bruke internett og e-post som mulige alternativer etter utskriving, for å få informasjon og oppfølging (Hansen,

Nordrehaug og Hanestad 2005, Ivarsson, Fridlund og Sjöberg 2009). Eventuelt å sende ut nyhetsbrev 2 eller 3 ganger i året, for å holde pasientene oppdatert på nye behandlingsmetoder og forskning ble også foreslått (Decker et al. 2007).

Rehabilitering etter akutt hjerteinfarkt forutsetter at pasientene er utstyrt med tilstrekkelig informasjon og opplæring for å takle konsekvensene av sykdommen (Oterhals et al. 2006). En artikkel som har tatt for seg hjerteinfarktpasienter som har gjennomgått et hjerterehabiliteringsprogram, viser en signifikant reduksjon i kardiovaskulær dødelighet på ca. 27–31 % sammenlignet med pasienter som mottar tradisjonell behandling (Bagheri, Memarin og Alhani 2007). Flere andre pasienter oppga at de var interesserte i å delta i et rehabiliteringsprogram, men at de ikke hadde nok informasjon om hvordan de skulle gå frem (Mitoff et al. 2005).

5.0 DISKUSJON

Vi har valgt å dele opp diskusjonen i en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuteres valgt metode og dens styrke samt svakheter. I resultatdiskusjonen diskuterer vi de valgte vitenskapelige resultatene i artiklene, som siden knyttes sammen til den valgte teoretiske referanseramme.

5.1 Metodediskusjon

Denne studien har blitt gjennomført etter inspirasjon fra Goodmans sju trinn om hvordan man systematisk samler inn og bedømmer vitenskapelig litteratur (Willmann et al. 2006). Det er av betydning å få understreket at databasesøkingen ikke har blitt gjort på en så systematisk måte som den burde, på grunn av begrenset mengde tid og disponering av oppgaven. Våre databasesøk har allikevel inkludert mange ulike søkeord og søkekombinasjoner. Dette ses på som en styrke for studien, og det har resultert i passende artikler for vår studie.

Databasene Ovid, Svemed +, Science Direct ble brukt i søkeprosessen av vitenskapelige artikler. Vi fikk tilgang på disse databasene gjennom skolens bibliotekjeneste, HiMolde. I Ovid sine databaser var det fra British nursing index og Ovid nursing database vi fikk tilgang på de mest anvendte artiklene. I Svemed+ fant vi svært få relevante artikler. Et av inkluderingskriteriene var at artiklene skulle være publisert de siste fem årene. Resultatene måtte også være overførbare til norske forhold. Denne begrensningen kan ha medført at interessante artikler har blitt utelatt.

Wilman med flere (2006) bruker kvalitative forskningsmetoder for å beskrive, forklare og fordype forståelsen rundt individets opplevelse og oppfatninger. Fra starten på oppgaven var intensjonen å benytte både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, siden begge ansås å ha relevans for denne studiens hensikt. Hensikten med denne studien var å kartlegge informasjons- og undervisningsbehov hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og se om det fantes sammenheng mellom mottatt informasjon på sykehuset og livskvalitet etter utskrivelse. Under søkeprosessen fant vi flere kvalitative og kvantitative studier. Etter kvalitetsbedømmingen stod vi igjen med sju kvalitative artikler

og seks kvantitative artikler. Da vi synes disse utfylte hverandre godt, valgte vi å inkludere dem i vår litteraturstudie.

Det ble benyttet Wilman med flere (2006) sin protokoll for å kvalitetsbedømme kvalitative og kvantitative artikler. Noen feil-bedømmelser/-vurderinger av kvalitetsgranskningen kan ha forekommet siden vi ikke har stor erfaring og kunnskap på dette området. En styrke var at den kritiske gjennomgangen av artiklene ga omtrent identiske resultat hos alle tre.

To av artiklene var seks år gamle. Forfatterne var klar over at dette var ett år eldre enn de inkluderingskriterier som var tillatt, men valgte likevel å inkludere dem da de stemte godt overens med litteraturstudiets hensikt og problemstilling, deres kvalitetsbedømmelse var også høy (grad 1 og grad 2). Det spesifiseres at over halvparten av alle artiklene var svenske eller norske, noe vi har sett på som en styrke, da forholdene i Norge og Sverige ble antatt å kunne sammenlignes i stor grad.

Alle artiklene var skrevet på engelsk og derfor iblant vanskelig å forstå. Dette kan ha medført at sammenheng og oversettelse av disse artiklene ikke har blitt helt korrekt. Felles for alle artiklene som ble inkludert var at samme resultat gikk igjen. Dette anser vi å være en styrke for vår litteraturstudie. Pasientene i de ulike artiklene beskrev lignende opplevelser. Disse opplevelsene resulterte i de ulike kategoriene som utgjør resultatet i denne litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon

Både menn og kvinner strever med å finne tilbake til hverdagen etter et hjerteinfarkt. Problemer og utfordringer av fysisk og psykososial dimensjon kan påvirke livskvaliteten negativt (Bergman og Berterö 2003, Eriksson, Asplund og Svedlund 2009, Hanssen et al. 2009, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2005). Informasjon og kommunikasjon med helsepersonell på sykehuset var av stor betydning for pasientens oppfattelse av egen tilstand og livskvalitet etter utskrivelse (Hildingh, Fridlund og Sjöberg 2006).

Hjerterehabilitering starter i sykehuset. Det som skjer de første dagene etter et hjerteinfarkt vil kunne få følger i lang tid. Det bildet som pasienter danner seg av sin egen situasjon er

med på å forme hans forventninger på hva fremtiden vil bringe. God kontakt med helsepersonell er viktig og kan være avgjørende (Mæland 2006).

5.2.1 Hvilke informasjonsbehov har pasientene, og blir disse møtt?

Bergmann og Berterö (2003) avdekket med sin forskning at flere av hjerteinfarktpasientene opplevde å ha fått for lite og utilstrekkelig informasjon om sin sykdom, mens Timmins og Kalizerb (2003) og Otherhals med flere (2006) viste til resultater der de fleste var fornøyde. Funn viste at noen faktisk hadde opplevd informasjonen som så utilstrekkelig at de satt igjen med spørsmål som: ”Hva skal jeg gjøre dersom jeg får brystmerter?” ”Hvilke tegn og symptomer har et hjerteinfarkt?”(Timmins og Kaliszerb 2003). At disse pasientene hadde fått så dårlig informasjon om sin tilstand overrasket oss. Også at resultatene viste store variasjoner, som fra svært fornøyd til ikke fornøyd i det hele tatt (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Hvorfor det er nettopp slik kan ha mange årsaker. Kanskje blir det gitt for mye informasjon på samme tid? Er pasientene redde for å stille spørsmål? Er de i det hele tatt mottakelige for informasjon i akutt fase? Kan det ha sammenheng mellom ulikheter i hva sykepleieren anser som viktig informasjon og hva pasienten faktisk trenger å vite? Det er også naturlig for oss å tenke at pasientene har individuelle behov. For noen kan generell informasjon føles tilstrekkelig, mens for andre blir det som informeres om på sykehuset for begrenset. Dette ser vi nærmere på senere.

Når det gjelder hvilke spesifikke tema pasientene ønsket mer informasjon om under sykehusoppholdet, var det informasjon om medikament, komplikasjoner og symptomer som ble rangert høyest (Smith og Liles 2007, Timmins og Kaliszer 2003). Dette viser at pasienter favoriserer informasjon som er relevant for overlevelse og kontroll av symptomer i den tidlige rehabiliteringsfasen. I følge Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) viste det seg at de fleste pasientene opplevde mangel på informasjon om andre tema etter utskrivelse. De ønsket mer informasjon om hvordan de skulle mestre de ulike fysiske og psykiske konsekvensene av sykdommen, hvordan de skulle tilpasse fysisk aktivitet, medisiner og bivirkninger av medikamenter (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). I en studie gjort av Timmins og Kalizer (2003), som tok for seg både pasienters og sykepleieres preferanser for informasjon, ble det gjort et funn som viste ulik prioritering

når det gjaldt informasjon om fysisk aktivitet. Dette temaet ble nedprioritert av pasientene men listet høyt av sykepleiere. I realiteten kan fysisk aktivitet være avgjørende for deres generelle velvære og overlevelse (Timmins og Kalizer 2003). Dette funnet kan bety at pasienter ikke alltid er klar over betydningen av å motta informasjon om ulike tema rett etter et hjerteinfarkt. Dette viser at det ikke er tilstrekkelig å gi informasjon kun etter pasientenes preferanser, men at de bør representere forhandlinger mellom behovene til sykepleieren og pasienten.

Liggetid og informasjon:

Det har i løpet av de siste tiår skjedd dramatiske forbedringer innen behandlingen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Dette har redusert antall liggedøgn betraktelig (Mæland 2006). Noen studier har satt spørsmålsteget om nettopp den reduserte liggetiden vil føre til mindre informasjon gitt til pasienter med hjerteinfarkt på sykehus (Otherhals et al. 2006, Smith og Liles 2006). Det var for oss naturlig og tenke at den korte liggetiden ville gi reduserte muligheter for å kunne gi nok pasientinformasjon. Dette ble til dels tilbakevist etter gjennomgang av våre resultat, som viste at det ikke var assosiasjoner mellom liggetid og mengde informasjon mottatt. Gjennomsnittlig poengsum var den samme om pasientene lå mindre eller mer enn fire dager på sykehus (Otherhals et al. 2006). Dette resultatet kan tyde på at helsepersonell gir opplysninger høy prioritet, eller at pasientene kun er mottakelige for en viss mengde informasjon. En annen forklaring kan være at helsepersonell ikke bruker lengre sykehusopphold som en mulighet til å gi mer informasjon. Selv om pasienter med kortere sykehusopphold ikke rapporterte å få mindre informasjon under oppholdet, var manglende informasjon etter hjemkomst assosiert med et kortere sykehusopphold. Dette kan tyde på at informasjonen ble gitt på et tidspunkt der pasientene var ute av stand til å absorbere det. I følge Smith og Liles (2006) oppgir pasienter med akutt hjerteinfarkt at et kort innleggelsesopphold er dominert av følelsen av å være for syk eller engstelig til å være mottakelig for informasjon.

5.2.2 Behovene endrer seg i takt med tids- og krisefaser

En stor del av pasientene som innlegges med akutt hjerteinfarkt befinner seg i kortere eller lengre tid i en krisetilstand. Dette virker inn på deres evne til å oppfatte og huske informasjonen som blir gitt i akutt fase (Almås 2007). I Smith og Liles (2007) bekrefte

dette der flere av pasientene rapporterte at det var vanskelig å forstå og huske informasjonen de hadde fått på sykehuset (Smith og Liles 2007). Denne problemstillingen blir understøttet i en annen studie, der flere av pasientene følte de var for syke og engstelige til å motta informasjonen (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). I midlertidig viser annen forskning at pasienter som får mye informasjon på sykehuset har lettere for å forstå sammenhenger og komme tilbake til hverdagen (Eriksson, Asplund og Svedlund 2009). Vi mener at det å gi støtte og informasjon til en pasient med akutt hjerteinfarkt, er en viktig og overordnet sykepleiefunksjon uavhengig av hvilken fase pasientene befinner seg i. Vi gjør oss tanker om hvordan informasjonen ble gitt og om den kunne blitt tilpasset på en bedre måte? Siden forskning viser at pasienter som har fått mye informasjon i akutt fase faktisk har bedre prognose for mestring og livskvalitet etter utskrivelse, mener vi at dette er et tema som bør undersøkes videre.

5.2.3 Tilpassing av standardisert informasjon etter individuelle behov

Pasientinformasjonen kan skje standardisert eller individualisert. Individualisert undervisning er godt egnet og regnes som den beste måten å gi informasjon på, i en akutt sykdomsfase (Mæland 2006). På Norske sykehus gis vanligvis både skriftlig og muntlig informasjon (Almås 2007). Mye av basisinformasjonen kan gis i form av brosjyrer eller audiovisuelle program. Bruk av illustrasjoner er en klar fordel for å lette forståelsen av stoffet. Det er viktig at det gis rom for individuell tilpassing, og at pasientene får god tid til å stille spørsmål og dele sine bekymringer (Mæland 2006). Denne teorien blir bekreftet i de funn Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2005) gjorde i sin forskning. Her uttalte de fleste at de var fornøyd med den informasjonen de hadde mottatt. Alle pasientene hadde fått flere hefter om akutt hjerteinfarkt og rehabiliteringsprogram. Men det kom også frem at flere følte informasjonen var litt for generell. En sa: ” Informasjonen var bra, selv om den var av litt for generell karakter.” (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Dette illustrerer at det er flere infarktpasienter som ikke får den individuelt tilpassede informasjonen som regnes den beste og som pasienten faktisk har krav på. Vi viser her til loven om pasientrettigheter § 3-1 og § 3-5, som sier at pasienten har krav på tilstrekkelig informasjon, og at den skal være individuelt tilpasset etter pasientens forutsetninger.

Det å få informasjon om seksuell aktivitet etter infarkt ble sett på som informasjon av lav prioritet hos flere sykepleiere (Ivarsson, Fridlund og Sjöberg 2009). Mens hos mange pasienter ble det sett på som en mangel (Oterhals et al. 2006, Timmins og Kaliszerb 2003). Det er mange som strever med gjenopptakelse av seksuell aktivitet etter infarkt. Da mange av infarktpasientene er i den alderen at det faller seg naturlig å være etablert i et par forhold, tror vi dette er viktig og snakke om. Selv om det for mange er et privat anliggende tror vi at det er mulig for sykepleieren og snakke med pasientene om dette. Mange pasienter skjuler sine egentlige bekymringer bak en kjekk maske. Først når de får tillitt til helsepersonellet tør de åpne seg (Mæland 2006).

Forståelse for og å imøtekomme hva pasientene ”trenger å vite” kan produsere mer kompetanse og kunnskap hos pasientene, slik at de er i en bedre posisjon til å bedre sin egenutvikling og administrere sin egen helse (Oterhals et al. 2006). Å sørge for at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt har nok kunnskap om hvordan de kan endre sin livsstil og prognose er viktig (Almås 2007). De resultat vi sitter med illustrerer en tendens til generell informasjon og undervisning til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt (Ivarsson, Fridlund og Sjöberg 2009, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007, Decker et al. 2005). Flere pasienter oppga at det var vanskelig å benytte standardisert informasjon i forhold til konkrete problemer de møtte etter hjemkomst (Timmins og Kalizerb 2003). Det gikk igjen at de fleste slet med å akseptere sine begrensninger og å finne tilbake til hverdagslivet. Flere sa de slet med psykiske problemer som depresjoner og angst og at de følte de var for lite informert om dette (Bergmann og Berterö 2003). Dette understøtter Mælands teori (2006), som antyder at det verste er ofte de emosjonelle reaksjonene og at det bør informeres mer om dette. Vi tror at tross for den akutte dramatiske situasjon pasienten befinner seg i er det viktig å ”finne ut hvor skoen trykker” og starte med individualisert informasjon og undervisning på et tidlig tidspunkt.

Høyere alder var forbundet med å motta mindre informasjon. Dette kan tyde på at sykepleiere og leger underslår informasjonsbehovene til eldre pasienter, og nytte av utdanning med hensyn til livsstil. Eldre pasienter har en tendens til å trenge gjentatt informasjon på grunn av alder, og syn- og hørselsproblemer. I tillegg kan de være uvillige til å stille spørsmål. Til tross for at eldre pasienter rapporterte å motta mindre informasjon under sykehusopphold, var det de yngste pasientene som savnet informasjon etter hjemkomst (Oterhals et al. 2006). Smith og Liles (2007) hevder derimot at eldre og

pensjonister ønsker mer informasjon enn yngre og sysselsatte pasienter. Med en økende gjennomsnittsalder hos befolkning, er det naturlig å tenke at også antallet eldre pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt vil øke. Siden forskningen tyder på at eldre opplever å få for lite informasjon og kanskje ha andre informasjonsbehov enn yngre pasientgrupper, mener vi det vil være nyttig med ytterligere forskning på informasjonsbehovet i de ulike aldersgruppene. Forskningsresultatene våre underbygger også nødvendigheten av individualiser tilpasset informasjon og undervisning til pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.

Rehabilitering av pasienter med akutthjerteinfarkt starter allerede de første døgn på sykehuset. Det er her man kan si grunnlaget for videre utvikling og prognose blir lagt (Mæland 2006). Vi tror at tross for den akutte dramatiske situasjon pasienten befinner seg i, er det viktig å starte med individualisert informasjon og undervisning på et tidlig tidspunkt. Funn i resultatdelen bekrefter våre tanker. Pasienter som hadde fått informasjon på et tidlig tidspunkt og som hadde opplevd sammenheng av den informasjonen som ble gitt under innleggelse hadde lettere for å takle fysiske og psykososiale problemer etter utskrivelse (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007). Det blir for oss da naturlig å tenke at denne pasientgruppen opplevde økt livskvalitet.

5.2.4 Sammenhengen mellom mottatt informasjon og livskvalitet

Resultater fra ulike studier viste at pasientene savnet informasjon om de psykiske reaksjonene som kunne oppstå etter hjemkomsten (Eriksson, Asplund og Svedlund 2009, Kristofferzon, Löfmark og Carlsson 2007), og mange pasienter var overrasket over det betydelige fysiske eller psykologiske tilbakeslaget de opplevde etter utskrivelse (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Dette skapte uttrykk og usikkerhet som videre førte til redusert livskvalitet, og mange opplevde de psykiske reaksjonene som svært tunge. Ofte verre enn deres fysiske yteevne (Bergmann og Berterö 2003). Det er viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om hva som kan ventes i fremtiden, både av fysiologiske og psykologiske reaksjoner (Mæland 2006). Vi tenker at det er stor sammenheng mellom informasjonen som blir gitt på sykehuset og livskvaliteten etter hjemkomst. Pasienter som er godt mentalt forberedt vil kunne sette seg realistiske mål og oppnå disse lettere enn de

som ikke er like godt forberedte. Vi tror også at dette vil føre til at terskelen for å oppsøke helsefaglig hjelp mot eventuelle problemer vil være lavere. Dersom pasientene tror de er alene om sine problemer, vil kanskje terskelen for å oppsøke hjelp bli så stor at det kan føre til forringelse av deres livskvalitet. Vi etterspør derfor etablering av et lavterskeltilbud for pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt.

5.2.5 Pasientens preferanser på videre oppfølging

Når pasienten kommer hjem har han fortsatt behov for oppfølging, både med tanke på medisinsk oppfølging, mental støtte og veiledning om typisk gjenopptrening (Mæland 2006). Resultat viser at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt har behov for å snakke med helsepersonell om sine problemer etter utskrivelsen og at samtaler med andre som har vært gjennom det samme har stor nyttefunksjon i nyorienteringsfasen (Bergman og Berterö 2003, Eriksson, Asplund og Svedlund 2009, Mitoff et al. 2005,). Mange var redde de skulle være til bry og utsatte i det lengste å kontakte helsepersonell ved spørsmål og usikkerhet. De fleste oppgav at det var lettere å henvende seg til en sykepleier enn legen da erfaringene de hadde gjort seg fra sykehuset ga dem en følelse av at sykepleierne hadde mer tid og kunne formidle informasjon på en mer forståelig måte enn legene (Eriksson, Asplund og Svedlund 2009). Dette får oss til å tenke på behovet for et lavterskeltilbud til denne pasientgruppen. En mulighet kunne være å tilby systematisk telefonoppfølging til alle infarktpasienter i tillegg til standardisert etterkontroll hos lege. Studien til Hanssen med flere (2009) undersøker nettopp behovet og virkningen av telefonoppfølging. Disse funnene er positive, og vi mener at det bør være en mer systematisk oppfølging av disse pasientene, der sykepleier har en mer aktiv og sentral rolle. Dette bør systematiseres og etableres som et tilbud til alle infarktpasienter i Norge. En annen type oppfølging vi mener kan ha god effekt på pasientenes livskvalitet etter hjerteinfarkt er gruppesamtaler. Artikkelen viser noe tvetydig resultater i forhold til deltakelse i gruppesamtaler. Men dette tror vi kan relateres til tidspunktet for når gruppesamtalene ble påbegynt. De som fikk tilbudet under innleggelse opplevde det som skremmende og var redde for å snakke høyt/meddele personlige tanker og følelser. En beskrev det slik: ” Du ønsker å stille spørsmål, men for mange mennesker oppleves det å skulle stå foran en gruppe mennesker vanskelig, du er redd for å dumme deg ut” (Hanssen, Nordrehaug og Hanestad 2005). Senere i rekonvalesenstiden ble gruppekonsultasjoner sett på som en styrke. Det å ha noen

å utveksle opplevelser og bekymringer med ble sett på som positivt (Decker et al. 2007). Bagheri, Memarian og Alhani (2007) viser til funn om at de som deltar i gruppekonsultasjoner i snitt scorer høyere på bedret livskvalitet enn de som ikke deltar, og at de har større sjanse for å lykkes med livsstil endringene de gjør. Dette resultatet støttes i Mælands teori (2006) der det står beskrevet at mange infarktpasienter har stor nytte av å delta i gruppesamtaler, men at det må skje på et tidspunkt der pasienten er klar for det.

5.3 Våre kritisk-analytiske vurderinger av resultatene

Vi viser stor ydmykhet i forhold til våre funn, men vi anser likevel funnene våre som betydningsfulle både for pasienter og sykepleiere (helsepersonell). Våre resultat gir et lite bilde av en større helhet i temaet informasjon/undervisning til pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Det må tas hensyn til at resultatene kan gi et feilaktig bilde for den totale gjennomsnittspasienten, da utvalget for studien ikke alltid kan anses som representativ. Det kan tenkes at de pasientene som velger å delta i ulike studier, er ressurssterke pasienter, med stor motivasjonsgrad. På en annen side kan det tenkes at en del av pasientene som deltar i slike studier er pasienter som stiller veldig høye krav til informasjon og pasientbehandling.

6.0 KONKLUSJON

Etter gjennomgang av de ulike forskningsartiklene viste det seg at de fleste pasienter som har gjennomgått et førstegangs hjerteinfarkt opplevde at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon under sykehusoppholdet, og at de ofte savnet oppfølging etter utskrivelse. Mangel på informasjon resulterte ofte i en oppfattelse av redusert livskvalitet for pasientene. Videre så vi at pasientenes informasjonsbehov er høyst individuelle og endret seg i takt med tids- og krisefaser, som normalt følger et hjerteinfarkt. Mye tyder på at det er noe tilfeldig hvilke undervisningsopplegg den enkelte pasient blir tilbudt, og at mye er basert på standardisert informasjonsmateriell. Vi mener at det bør utformes standardiserte informasjonspakker, men at det i tillegg bør legges mer vekt på den enkelte pasients informasjonsbehov. Et forslag til en intervensjon kan være å gi pasientene opplysningsmaterieell som gir generell informasjon, men disse kan samtidig inneholde rubrikker der pasient og sykepleier sammen kan fylle ut disse med individuelt tilpasset informasjon.

Pasientene følte ofte at de ble stående på egenhånd etter utskrivning, og av den grunn var dårligere rustet til å møte dagligdagse utfordringer når de ikke hadde fagfolk å konsultere med. Funn viste at pasienters oppfølgingspreferanser er en åpen telefonlinje og telefonoppfølging der de kan komme i kontakt med fagkyndig helsepersonell. Nyhetsbrev med aktuell informasjon utsendt etter hjemkomst ble også foreslått. Dette er interessant og vi mener dette kunne vært forsket mer på. Vi mener også at rehabiliteringsprogram bør være et tilbud til alle pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, da funn viste at dette hadde god effekt på pasientenes opplevelse av livskvalitet.

Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det bli store kostnader dersom en pasient med akutt hjerteinfarkt ikke får tilstrekkelig informasjon og undervisning. Dette vil kanskje bidra til at pasienten ikke får et grunnlag for å ta nødvendige livsstilsendringer, samt få psykiske reaksjoner. Noen kan risikere å bli "svingdørpasienter" som ofte oppsøker sykehus. Vi tenker at med individuelt tilpasset informasjon tidlig i rehabiliteringsfasen, god oppfølging og tilbud om rehabiliteringsprogram, vil mye av denne problematikken kunne unngås.

LITTERATURLISTE

Almsås, Hallbjørg (2007) *Klinisk sykepleie*. 3.utg. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bagheri, H.; Memarian, R.; Alhani, F. (2007) Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients; determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 16, 402-406.

Bergman, Eva og Berterö, Carina (2003) `Grasp life again`. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 303-310.

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Decker, Carole; Garavalia, Linda; Chen, Connie; Buchanan, Donna M.; Nugent, Karen; Shipman, Amy; Spertus, John A. (2007) Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 459-465.

Eide, Hilde og Eide, Tom (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Folkehelseinstituttet. 2009. Tema: *Hjerteinfarkt – fakta om infarkt og annen iskemisk hjertesykdom*.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,2688:1:0:0:::0:0 (Lest 04.01.2010).

Gjengedal, Eva, Hanestad, Berit Rokne (2008) *Å leve med kronisk sykdom*. 2.utg. 2.opplag. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hanssen, Tove Aminda; Nordrehaug, Jan Erik; Hanestad, Berit Rokne (2005) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 37-44.

Hanssen, Tove Aminda; Nordrehaug, Jan Erik; Eide, Geir Egil; Hanestad, Berit Rokne (2009) Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1334-1345.

Hildingh, Cathrine; Fridlund, Bengt; Lidell, Evy (2006) Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process. *Rehabilitation Nursing*, 31, 2, 63-69.

Ivarsson, Bodil; Fridlund, Bengt; Sjöberg, Trygve (2009) Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey. *Heart & lung*, 330-335.

Jacobsen, Dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin; Solheim, Kaare (2006) *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 5.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristofferzon, Marja-Leena; Löfmark, Rurik; Carlsson, Marianne (2007) Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401.

Magnus, Per og Bakketeig, Leiv (2000): *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mitoff, Peter R.; Wesolowski, Marta; Abramson, Beth L.; Grace, Sherry L. (2005) Patient-Provider Communication Regarding Referral to Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 30, 4, 140-146.

Moesmand, Anna Marie og Kjøllestad, Astrid (2007) *Å være akutt kritisk syk*. 2.utg. 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Mæland, John Gunnar (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*. 2. utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

Nortvedt, Monica W.; Jamtvedt, Gro; Graverholt, Birgitte; Reinar, Liv Merete (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleieforbund. Oslo: Bryne Offsett AS.

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

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

<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.htm#3-2> (Lest 05.01.2010).

Reitan og Schjølberg (2004) *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 2. utg. Oslo: Akribe.

Smith, Jonathan og Liles, Clive (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671.

Timmins, Fiona og Kaliszer, Michael (2003) Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 57-65.

Tveiten, Sidsel (2001) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1. PIO modellen

	Population/ Problem	Intervention	Outcome
Norske ord	Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt	Informasjon før utskrivelse fra sykehus	Avdekke pasientenes informasjonsbehov Økt livskvalitet?
Emneord (MESH)	Myocardial infarction	Patient education Rehabilitation Nursing	Quality of life
Tekstord		Information Follow-up	Information needs Learning needs Educational needs

Vedlegg 2. Oversikt over inkluderte forskningsartikler

Forfattere Publiseringsår Tittel Tidsskrift Land	Formål	Metode	Populasjon	Resultat	Kvalitetsgrad
Bagheri m. fl. (2007) Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life <i>Journal of Clinical Nursing</i> Vol 16, p 402-406 Iran	Undersøke effekten av gruppekonsultasjoner vedrørende livskvalitet hos overlevende etter et hjerteinfarkt	Randomisert kontrollert studie, kvantitativ	62 pasienter deltok, fordelt på to grupper med 31 pasienter på hver gruppe. Den ene gruppen (hovedgruppen) ble delt i fem mindre grupper. Disse gruppene deltok i gruppekonsultasjoner,, mens kontrollgruppen fikk ingen oppfølging.	De pasientene som deltok på gruppekonsultasjoner opplevde en betydelig økning i livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen	Grad 2
Bergman og Berterö (2003) "Grasp life again". A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients <i>European Journal of cardiovascular Nursing</i> Vol 2, p 303-310 Sverige	Å oppnå en økt/dypere kunnskap og forståelse for hvilken effekt motivasjonens drivkraft har for den videre rehabiliteringen og funksjon i det daglige livet har for hjerteinfarktpasienter	Kvalitativ studie med intervjuer. De innsamlede dataene ble sammenlignet med begrunnet teori.	Invitasjon ble sendt til 32 hjerteinfarktpasienter. 6 menn og 7 kvinner ønsket å delta i studien. 13 avslo, og 6 unnlot å svare.	Funnene viste at drivkraften til motivasjonen var livslyst, som ble hovedkategorien. 5 underkategorier dukket opp: være klar over sykdommen, usikkerhet, reorientering, autonomi og å bli ivaretatt	Grad 1
Decker, m. fl. (2007) Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of treatment and Recovery <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> Vol 22, no 6, p 459-465 USA	Fokus på å beskrive hjerteinfarktpasienters preferanser for deltakelse i beslutningsprosesser i forbindelse med hjerteinfarkthendelsen, for videre bruk til utvikling av behandlingsopplegg	Kvalitativ studie med fokusgrupper for pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt.	Fokusgruppedeltakerne ble valgt ut fra en samling av hjerteinfarktpasienter registrert i et register. 60 pasienter ble kontaktet på telefon innen 1 år etter hjerteinfarkt. 23 pasienter ønsket å delta, men bare 19 deltok.	Både pasientenes rolle i beslutningsprosesser og informasjonsbehovene endret seg ettersom pasientene utviklet seg fra den akutte hendelsen til rehabiliteringen. Resultatdelen ble inndelt i kapitler etter informasjonsbehov over ulike tidsfaser.	Grad 1

Forfattere Publiseringsår Tittel Tidsskrift Land	Formål	Metode	Populasjon	Resultat	Kvalitetsgrad
Eriksson m. fl. (2009) Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> Vol 8, p 267-273 Sverige	Å kartlegge både pasienten og partnerens opplevelser etter utskrivelse fra sykehuset, etter et hjerteinfarkt.	Kvalitativ studie med individuelle intervju av både pasient og deres partner.	15 par der pasienten hadde blitt diagnostisert med førstegangs akutt hjerteinfarkt. Andre inklusjonskriterier var at pasienten ikke skulle være eldre enn 65 år, bo i nærheten av sykehuset og bo sammen med partneren.	Funnene er presentert i tre hovedtema som dukket opp: "å komme hjem i eget hjem", "hjemme med seg selv" og "normalitet i sikte".	Grad 1
Hanssen m. fl. (2005) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> Vol 4, p 37-44 Norge	Å utforske informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt og deres preferanser for oppfølgingskontakt etter utskrivelse fra sykehuset.	Kvalitativ studie der pasientene deltok på tre fokusgruppesamlinger. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer. En semistrukturert intervjuguide ble utviklet på grunnlag av tidligere forskning på temaet.	Alle pasienter med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt, opptil alder 75 år, og utskrevet fra Haukeland Universitetssykehus 3-5 mnd tidligere, ble kontaktet pr. brev. Av 46 inviterte, deltok 14 pasienter i alderen 42-69 år.	Funnene er gruppert i tre temaer som tilsvarer til hovedtemaene i intervjuguiden: "sykehusoppholdet", "hjemkomsten" og "pasientenes oppfølgingspreferanser". Resultatene viser at det er en systematisk svikt når det gjelder å møte pasientenes informasjonsbehov under sykehusoppholdet og etter utskrivelse	Grad 1

Forfattere Publiseringsår Tittel Tidsskrift Land	Mål	Metode	Populasjon	Resultat	Kvalitetsgrad
Hanssen m. fl. (2009) Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effect on health-related quality of life? A randomised controlled trial <i>Journal of Clinical Nursing</i> Vol 18, p 1334-1345 Norge	Å vurdere i hvilken grad telefonoppfølging har langsiktig effekt på helserelatert livskvalitet, opp til 18 mnd etter utskrivelse. Samt å vurdere lagtidseffekt på røyke- og treningsvaner, tilbake til arbeid og evt. Re-innleggelsler.	Prospektiv randomisert kontrollert studie	413 pasienter oppfylte inklusjonskriteriene og ble invitert til å delta. 288 pasienter ble fordelt på en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Av 156 randomisert til intervensjonsgruppen fullførte 137 av dem telefonoppfølging på 5-8 samtaler.	Funn viste at telefonoppfølging hadde god korttidseffekt (første 6 mnd), men hadde ikke noen generell langtidseffekt på helserelatert livskvalitet. Det viste seg imidlertid å ha en langtidseffekt på pasienter eldre enn 70 år.	Grad 1
Hilding m. fl. (2006) Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process <i>Rehabilitation Nursing</i> Vol 31, no 2, p 63-69 Sverige	Finne pasientenes erfaringer i rekonvalesensprosessen etter et hjerteinfarkt.	Kvalitativ studie med intervju på ca 1 time, som ble tatt opp på båndrekorder.	16 pasienter som var tilknyttet en sykepleierledet helseklinikk på et distriktssykehus fikk tilbud om å delta. Alle ønsket å være med.	Resultatene av pasientenes rekonvalesensprosess ble inndelt i tre hovedkategorier "evne", "vanskeligheter" og "nyorientering". Under disse tre hovedkategoriene er det flere underkategorier.	Grad 1
Ivarsson m. fl. (2009) Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey <i>Heart & Lung</i> Vol 38, no 4, p 330-335 Sverige	Å gjøre en undersøkelse på helsepersonells kunnskap om temaet seksuell funksjon og sameksistens etter et hjerteinfarkt og hvilken type informasjon som blir gitt til pasienter og deres partnere om dette temaet etter et akutt hjerteinfarkt.	En kvantitativ studie med spørreskjema	Spørreskjemaet ble sendt ut til 121 hjertepleieavdelinger	Teamene på hjerteavdelingene ga sjelden verbal eller skriftlig informasjon om seksuell funksjon og sameksistens til hjerteinfarktpasienter og/eller deres partnere. Helsepersonellet manglet kompetanse på dette området.	Grad 2

Forfattere Publiseringsår Tittel Tidsskrift Land	Mål	Metode	Populasjon	Resultat	Kvalitetsgrad
Kristofferzon m. fl. (2007) Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction <i>Journal of Clinical Nursing</i> Vol 16, p 391-401 Sverige	Beskrive opplevelsene I hverdagslivet for kvinner og menn de første fire til seks måneder etter et hjerteinfarkt. Fokus er på problemer, takle problemer og støtte fra pasientenes nettverk.	Beskrivende, retrospektiv kvalitativ studie med semi-strukturert intervju	20 kvinner og 19 menn deltok. Gjennomsnittsalder var 65 år for kvinnene og 66 år for mennene.	Tre hovedtema ble generalisert fra resultatene: "truende dagligliv", "å streve for kontroll" og "det ambisiøse nettverket". Resultatene viste av deltakerne taklet problemene ved å ha tro på seg selv, endre livsstil og ta egne beslutninger. Deres nettverk var generelt støttende, men det kunne oppstå konflikter her.	Grad 1
Mitoff m. fl. (2005) Patient-Provider Communication Regarding Referral to Cardiac Rehabilitation <i>Rehabilitation Nursing</i> Vol 30, no 4, p 140-146 Canada	Undersøke dynamikken i pasient – pleier kommunikasjon, for å identifisere hvilke aspekter som førte til deltakelse i hjerterehabilitering	Kvalitativ studie med semi-strukturert intervju. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker.	31 pasienter ble intervjuet, fordelt på fire grupper: de som var interessert i å delta i rehabiliteringsopplegg, de som ikke var interessert, de som ikke deltok og de som deltok i videre rehabiliteringsopplegg.	Fire viktige tema ble identifisert: "sykdomsoppfatning", "helsepersonels påvirkning", "timing for samtale" og "videre henvisning". Funn viste at de som ikke deltok i rehabiliteringsopplegg hadde en tendens til å minimere alvorligheten av deres helsetilstand.	Grad 2
Oterhals m. fl. (2006) The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , vol 5, p 303-310 Norge	Utforske og beskrive sammenhengen mellom mottatt informasjon og tilfredshet med helseomsorg etter et akutt hjerteinfarkt, samt ønske om å beskrive områder for forbedring av denne omsorgen	Tverrsnittstudie med et todelt spørreskjema. Den ene delen inneholdt et spørreskjema om informasjon til pasientene og det andre inneholdt pasientopplevelser.	130 pasienter samtykket til deltakelse, 111 deltok. Inklusjonskriterier var alle med diagnose akutt hjerteinfarkt tilhørende Haukeland universitetssykehus, var over 20 år og kunne lese og snakke norsk.	Pasientene var generelt tilfredse med deres helse og omsorg. Jo mer informasjon mottatt, desto mer fornøyd var de. Pasientene rapporterte å få minst informasjon om medikamenter og framtidige komplikasjoner.	Grad 1

Forfattere Publiseringsår Tittel Tidsskrift Land	Mål	Metode	Populasjon	Resultat	Kvalitetsgrad
Smith og Liles (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study Journal of clinical nursing Vol 16, p 662-671 Storbritania	Utforske informasjonsbehovene til pasienter som har fått behandling for hjerteinfarkt før deres utskrivelse fra sykehuset.	Kvantitativ beskrivende studie, med spørreskjema	Pasienter som var innlagt på et bysykehus og spørreskjemaet skulle besvares innen 72 timer etter hjerteinfarkt. Inklusjonskriterier var engelsktalende pasienter med diagnose akutt hjerteinfarkt, som kunne gi informert samtykke. 20 pasienter deltok.	Pasientene vurderte viktigheten av 40 ulike informasjonselementer. De høyest vurderte elementer var: medikamenter, komplikasjoner og fysisk aktivitet. Svar på åpne spørsmål avdekket at pasienter ønsket informasjon om bilkjøring, å gjenoppta arbeid og kilder til støtte. Pensjonister og eldre pasienter ønsket mer informasjon enn sysselsatte.	Grad 1
Timmins og Kaliszer (2003) Information needs of myocardial infarction patients European Journal of Cardiovascular Nursing Vol 2, p 57-65 Irland	Evaluere pasienters oppfatninger av viktigheten av ulike informasjonstema, sammenligne deres oppfatninger med sykepleieres oppfatninger om hva de mener pasientene ønsker informasjon om, samt sammenligne tre sykepleiergruppers oppfatninger mot hverandre.	Kvantitativ studie med et spørreskjema, the cardiac patients learning inventory (CPLNI). Det inneholdt 8 forskjellige tema, med til sammen 37 underpunkter.	Av 27 pasienter responderte 18 av dem på et postsendt spørreskjema. Tre grupper sykepleiere fra ulike avdelinger (ved én akuttavdeling, én pleieavdeling og alle rehabiliteringssykepleiere i landet fikk tilbud) ble tatt med i studien. Til sammen 68 sykepleiere deltok.	Punktene pasienter rangerte lavt og sykepleiere høyt med tanke på å få informasjon om, var alle innen teamet fysisk aktivitet. Et tema som både pasienter og sykepleiere mente var viktigst for pasientene å få informasjon om, var symptomer og komplikasjoner.	Grad 2