

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:78

Vad händer nu?

Vad patienter önskar för information vid hjärtinfarkt

Nazkhatun Razegh
Jenny Johansson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Vad händer nu? Vad patienter önskar för information vid hjärtinfarkt
Författare:	Jenny Johansson, Nazkhatun Razegh
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK06A
Handledare:	Ann-Britt Thorén
Examinator:	Angela Bång

Sammanfattning

Hjärtinfarkt leder årligen till att många mister sitt liv runt om i världen. Vilka riskfaktorer som finns för att drabbas av en hjärtinfarkt och vad en hjärtinfarkt innebär är viktig information. Symtom och behandlingar som är kopplade till hjärtinfarkt är viktigt att sjuksköterskan ändå informera patienterna om samt vilka rutiner som finns och kunna skapa en bra vårdrelation. Om sjuksköterskan har kunskap om vilka informationsbehov patienterna har kan detta leda till att patienterna upplever trygghet och känner sig delaktiga i sin vård. Syftet med detta arbete är att belysa vad patienterna önskar för information vid en hjärtinfarkt. De valda artiklarna sammanfattades i en översiktstabell. Resultatet presenterar vilken information patienterna önskar vid en hjärtinfarkt i temana: *patienter önskar information om vad hjärtinfarkt innebär, patienterna önskar information om läkemedel vid en hjärtinfarkt samt att patienterna önskar information om livsstilförändringar och påverkan på livet vid en hjärtinfarkt*. Patienterna upplevde att otillräcklig information inom dessa områden ökade deras osäkerhet. I diskussionen presenterar författarna huvudtemana och belyser patienternas delaktighet och sjuksköterskans roll i att ge patienten möjlighet att uttrycka sina behov.

Nyckelord: hjärtinfarkt, informations behov, undervisning, kunskap, relation, återhämtning, livsstil och omvårdnad

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Förekomsten hjärtinfarkt	1
Vad innebär hjärtinfarkt	1
Riskfaktorer för att drabbas av hjärtinfarkt	2
Symtom och diagnos vid hjärtinfarkt	3
Behandling och omvårdnad vid hjärtinfarkt	3
Sjuksköterskans roll och kompetens	4
Vårdrelation	5
Information och handledning	5
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	6
<i>SYFTE</i>	6
<i>METOD</i>	6
Datainsamling och urval	6
Data analys	7
<i>RESULTAT</i>	7
Patienterna önskar information om vad hjärtinfarkt innebär fysiologisk	7
Patienterna önskar information om läkemedel vid hjärtinfarkt	9
Patienterna önskar information om ändring av livsstil och påverkan på livet vid hjärtinfarkt	10
<i>DISKUSSION</i>	12
Metod diskussion	12
Resultat diskussion	12
Information om vad hjärtinfarkt innebär	13
Information om läkemedel vid en hjärtinfarkt	13
<i>SLUTSATSER</i>	15
Förslag till kommande forskning	16
<i>REFERENSER</i>	17
<i>Bilaga 1. Sökhistorik</i>	21
<i>Bilaga 2. Artikelgranskning</i>	22

INLEDNING

Detta ämne valdes eftersom vi av egen erfarenhet upplevde att sjuksköterskor på vissa praktikplatser inte lagt stor vikt vid att informera patienterna. Vad patienter önskar för information i samband med en hjärtinfarkt på sluten hjärtmedicinsk avdelning är ett ämne som är viktigt att fokusera på. På grund av den bristande informationen så uppmärksammade vi att detta kan leda till ett ökat lidande hos patienterna.

BAKGRUND

Förekomst av hjärtinfarkt

Enligt Hjärt-lungfonden (2010a) drabbas årligen ca 32 000 personer i Sverige av hjärtinfarkt. Detta är en liten del enligt World Health Organisation (WHO) (2002a) uppgifter om de som drabbas av hjärtinfarkt runt om i världen, där Asien är den världsdel som har flest rapporterade fall av hjärtinfarkt. I en studie som genomfördes av Müller-Nordhorn, Binting, Roll och Willich (2008) där dödligheten i hjärtinfarkt jämfördes mellan olika länder i Europa bland män i ålder 45-74 år visas att i Norden hade Sverige och Norge samma antal personer som avled i hjärtinfarkt av 100 000 invånare under år 2000. Finland hade ett högre i antal dödsfall än Sverige och Norge. Östeuropa hade störst antal personer som avled under år 2000 i en kardiovaskulär sjukdom. Siffran ändrades beroende på vilket land som nämndes. Centraleuropa hade i likhet med Norden 190 < 367 personer som avled på grund av hjärtinfarkt. De delar i Europa som hade lägst dödlighet per 100 000 invånare var Syd- och Västeuropa (Müller et al., 2008).

Vad innebär hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt innebär syrebrist i hjärtmuskeln på grund av en blodpropp i något av hjärtats kranskärl. Proppen bildas genom att en spricka uppstår i kärlet där det sedan med snabb hastighet samlas koagulerat blod. När proppen blivit tillräckligt stor täpps blodkärlet till. Detta leder till att syrebrist uppstår i hjärtmuskeln vilket i sin tur leder till att smärta uppkommer. När syrebristen har varit långvarig och hjärtmuskulcellerna har dött är hjärtinfarkten ett faktum (Hjärt-lungfonden, 2010b).

Den skada som syrebristen orsakar hjärtmuskulcellerna är oåterkallelig dvs. de celler som utsatts för den upphävda blodcirkulationen inte kan ersättas. Kärланatomin kan variera mellan olika personer och lokaliseringen av själva infarkten beror på det kärl som drabbats (Vasko, 2007).

I studien av Jensen och Petersen (2002) beskrivs det att patienterna som drabbats av en hjärtinfarkt kände sig hjälplösa, svaga och rädda. Det framkom även att patienterna kände skamkänslor för att själva har bidragit till hjärtinfarkten genom sin livsstil. Patienterna upplevde också att familjemedlemmar blev för överbeskyddade efter hjärtinfarkten.

Riskfaktorer för att drabbas av hjärtinfarkt

WHO (2002b) beskriver att de största riskfaktorerna för att hamna i riskzonen för att drabbas av hjärtinfarkt är högt blodtryck, rökning, ohälsosam kost i samband med fysisk inaktivitet, stigande ålder och depression. Ärftlighet har en egen del i riskfaktorer. Anand et al. (2008) studie visar att riskfaktorer som var mer förknippade hos kvinnor än män var hypertoni, diabetes, alkoholintag och fysisk inaktivitet. Däremot var sannolikheten för att män drabbas av en hjärtinfarkt under 60 år högre än hos kvinnor. Jiang, Sit och Wong (2007) förklarar i sin studie att en undersökning har kommit fram till att av de personer som drabbats av hjärtinfarkt visste 2 % av dem att rökning, blodfetsrubbnings och högt blodtryck var de tre största riskfaktorerna.

Chouinard och Robichaud-Ekstrand (2005) förklarar att rökning är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och att sluta röka är väldigt viktigt för att minska risken, trots denna vetenskap om rökning så var det mindre än 30 % av patienterna som slutade röka. Vasko (2007) förklarar också att rökning är en riskfaktor som är av stor betydelse för att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar. Enligt Hjärt-lungfonden (2010c) har rökare tre gånger så stor risk att drabbas av hjärtinfarkt men att risken att insjukna i hjärtinfarkt minskar till nästan hälften efter sex månader sedan den sista cigarett. Efter fem år utan rökning så har risken att drabbas sjunkit till samma sannolikhet som innan rökningen påbörjades. Rökning bidrar även till en ökad risk att utveckla diabetes typ 2, som har en negativ påverkan på kroppens blodkärl genom att ge en ökad åderförfattning av blodkärlens insida. Som senare kan leda till hjärtinfarkt.

I studien av Sasaki et al. (2006) visas det att diabetes är en riskfaktor för att drabbas av en akut hjärtinfarkt och att antalet personer som har diabetes ökar stadigt. Författarna tar också upp att hyperlipidemi är en riskfaktor för att drabbas av en hjärtinfarkt och även denna riskfaktor ökar i samhället (Sasaki et al., 2006). I studien av Anand, et al. (2008) framkommer att det var fler kvinnor än män som hade diabetes. Det framkommer även att rökning, diabetes och hypertoni som riskfaktor var mer förknippat med yngre kvinnor än äldre. Enligt Hjärt-lungfonden (2010c) kan för höga nivåer av det skadliga kolesterolet LDL vara en riskfaktor för att utveckla åderförfattning. I studien av Anand et al. (2008) förklaras det att en högre andel av männen hade onormala lipidnivåer jämfört med kvinnorna.

Enligt Fareed, Suri, Adnan och Qureshi (2006) ökar sannolikheten att utveckla hög blodtryck med åldern. Högt blodtryck är en av de viktigaste riskfaktorerna för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar. Ett högre blodtryck ökar även risken för att dö i hjärtinfarkt, om blodtrycket ökar från till exempel 120/80 till 140/90 så fördubblas dödligheten i hjärtinfarkt (Fareed, Suri; Adnan & Qureshi, 2006). Högt blodtryck bidrar till åderförfattning på längre sikt och uppkommer på grund av att förträngningar i hjärtkärlen uppstår och hjärtats pumparbete blir svårare. Kärlväggarna blir hårdare och mindre elastiska vid ett obehandlat högt blodtryck, vilket i sin tur ger en ökning av trycket. (Hjärt-lungfonden, 2010c). Enligt studien av Anand, et al. (2008) var kvinnor mer benägna att utveckla högt blodtryck jämfört med män, (28,3 respektive 19,7%).

Symtom och diagnos vid hjärtinfarkt

Bröstmärta är det symtom som är mest kopplat till hjärtinfarkt och är det tydligaste tecknet. Smärtan är oftast svår och långvarig kan sträcka sig ut i vänster arm, nacke, käke, rygg och mage. Smärtor i rygg och epigastrisk region kan förekomma istället för i mitten av bröstkorgen. Symtom i form av trötthet, andningssvårigheter, blekhet, hypotoni och oregelbunden hjärtfrekvens är andra vanliga symtom relaterat till hjärtinfarkt (Marshall, 2011).

Personens allmänpåverkan är ett observandum för hjärtinfarkt. Personen kan vara kallsvettig, illamående och något dygn efter hjärtinfarkten kan personen få feber. Dock behöver inte personens allmänpåverkan ha något att göra med storleken på hjärtinfarkten (Vasko, 2007).

Lutfiyya et al. (2010) visar i sin studie att deltagarna som var 18 år och äldre och representerade den amerikanska befolkningen som inte vårdades på sjukhus har en bra uppfattning om de tydligaste symtomen på en hjärtinfarkt så som bröstsmärta och andningssvårigheter. Flera deltagare visste inte att smärtor i käkpartiet, nacke och rygg är ett symtom på hjärtinfarkt. Däremot så trodde flera av de medverkande att plötsligt synbortfall på den ena eller båda ögonen var ett symtom på en hjärtinfarkt. Resultatet av studien visar överlag att deltagarna har kunskap om vilka symtom som är ett tecken på hjärtinfarkt (Lutfiyya et al., 2010).

Bassand et al. (2005) förklarar att det är viktigt att ställa en tidig diagnos vid hjärtinfarkt och att det bäst görs vid första medicinska kontakten genom att en snabb registrering av patientens Elektrokardiografi (EKG) utförs. Vasko (2007) uppger att undersökningarna som utförs för att fastställa hjärtinfarkt som diagnos förutom EKG är analys av bröstsmärta och blodprover tas som innehåller hjärtmarkörerna troponin T och I, myoglobin och CKMB. Dessa proteiner läcker ut i blodbanan på grund av celledöden.

Behandling och omvårdnad vid hjärtinfarkt.

Trombolytisk behandling ges för att lösa upp tromben för att återfå maximal blodtillförsel till det drabbade kärlet (Haugland, Hansen & Areklett, 2009). Om en behandling kan utföras inom 90 min efter den första medicinska kontakten så är primär Percutan Coronar Intervention (PCI) alternativet. Om det finns möjlighet så får patienten innan ankomst till sjukhus trombolytisk behandling som fungerar bra om PCI inte kan genomföras inom de tre första timmarna efter symtomens debut. Trombolys är inte den enda behandlingen utan PCI måste utföras i fall trombolytiska behandlingen inte ger tillräckligt bra effekt. Trombolytisk behandlingen ges även om PCI utförs inom 90 min relaterat till att behandlingen kan ge upphov till en ny propp. Det har visats effektivt att PCI görs dagen efter en lyckad trombolytisk behandling, målet bör dock vara att minst 75 % av behandlingen utförs inom de tre första timmarna efter debut på symtom kopplade till hjärtinfarkt (Bassand et al., 2005). Om det finns flera förträngningar i kranskärlet brukar en bypass-operation vara en lämpligare behandling. En bypass-operation innebär att det skapas en extra passage för blodet förbi förträngningarna i kranskärlet (Hjärt-lungfonden, 2010d).

Haugland et al. (2009). förklarar att den farmakologiska behandlingen som ges i det akuta stadiet är smärtbehandling, trombolytisk behandling och behandling med Glycerylnitrat för att vidga blodkärlen. Smärtbehandlingens huvudmål är att uppnå en smärtlindring som är så god som möjligt utan att patientens andning hämmas. Då patienter ofta upplever kraftiga smärtor i samband med akut hjärtinfarkt så krävs läkemedel av klassen opioder som är ett centralverkande smärtstillande läkemedel. Morfin är det läkemedel som oftast ges mot smärta och har även en ångstdämpande effekt. (Haugland et al., 2009). Marshall (2011) beskriver att de läkemedel som anses vara bra för långvarig behandling av hjärtinfarkt är Angiotnsinconvertering enzyme (ACE)- hämmare, betablockerare, statiner och acetylsalicylsyra. ACE- hämmare används för att risken för upprepade ischemisk händelse ska reduceras, betablockerare bör erbjudas så snart patienten är klinisk stabil. Statiner ges relaterat till att läkemedlen kan stabilisera plack och är anti-inflammatoriska. Acetylsalicylsyra har en blodförtunnande effekt.

När patienten anländer till en hjärtmedicinsk avdelning genomgår patienterna ofta olika psykiska krisreaktioner (Haugland et al., 2009). I studien av Jensen och Petersen (2002) framkommer det att patienterna upplevde att deras sjukhusvistelse i samband med hjärtinfarkten var den värsta perioden relaterat till att patienterna upplevde att de behövde mycket stöd och hjälp under vistelsen. Haugland et al., (2009) förklarar att rädsla, ångest, depression och hopplöshet inför framtiden är några känslor som kan uppstå. Känner patienten förtroende för sjuksköterskan bidrar det till minskad ångest inför det okända. Att sjuksköterskan finns där för patienten från första stund och förstärker patientens förhoppningar om att situationen är hanterbar och viljan att bli frisk och att leva är viktigt. Kartläggning av patienters resurser och begränsningar bildar utgångspunkten för samarbetet mellan sjuksköterska och patienter. För att förbereda en patient som haft hjärtinfarkt att återgå till vardagen underlättas om sjuksköterskan har goda teoretiska och erfarenhetsmässiga kunskaper (Haugland et al., 2009).

Sjuksköterskans roll och kompetens

Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan ett grundläggande ansvar för att ge en god och säker vård. Dessa ansvarsområden består av att främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuksköteskan har även ansvar för att den enskilda individen får information inför vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska beskriver tre huvudområden av sjuksköterskans kompetens och ansvar oavsett vårdform och verksamhet. Dessa områden är utveckling, utbildning och ledarskap. Alla områden delas i ett antal delkompetenser. Information, undervisning och bemötande ingår i delkompetenserna. Enligt dessa delkompetenser ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera respektfullt med patienter och närstående samt vara lyhörd och visa empati. Sjuksköterskan ska ge stöd till patienten och göra patienten delaktigt i sin vård. Informationen som ges måste således ges på ett sådant sätt att patienten förstår den givna informationen. Det är även sjuksköterskans ansvar att lägga märke till patienter som inte uttrycker sina informationsbehov och göra det möjligt att även dessa patienter kan uttrycka sina behov av information (Socialstyrelsen 2005).

Vårdrelationen

Vårdrelation handlar om ett mellanmänniskt samspel mellan sjuksköterskan och patienten. Den vårdande relationen är en väg till utveckling. Enligt Wiklund (2003) menar Eriksson att den mellanmänniska interaktionen gör att vi utvecklas som människor. Därför är relationen mellan sjuksköterska och patient en viktig del av vårdandet. Denna relation gör det möjligt för patienten att uttrycka sina begär, behov och problem. En fungerande vårdprocess baseras på en fungerande vårdrelation.

Sjuksköterskans sätt att kommunicera med patienten har stor betydelse i detta sammanhang. En ömsesidig relation med empati kan skapa trygghet och tillit. McCabe (2004) beskriver att basen till grundläggande omvårdnad med god kvalitet är patientcentrerad kommunikation som stödjer utvecklingen av sjuksköterske- och patientrelationen. Sjuksköterskan måste således anpassa kommunikationen efter den enskilda individen. Sjuksköterskan har en deltagande roll genom att vara lyhörd och använder sig av icke verbal, det vill säga kroppsspråkskommunikation. Sjuksköterskan ska ge tid och visa att hon är där för patienten, vilket innebär att ge uppmärksamhet och omsorg. Om sjuksköterskan har en öppen och ärlig kommunikation med patienten underlättar det för patienterna att skapa en känsla av att kunna hantera sin sjukdom på ett positivt sätt. Empati innebär att visa emotionellt engagemang till patientens situation och är en viktig del i den vårdande relationen. När sjuksköterskorna använder sig av patient- centrerade kommunikation så bidrar det till att kommunikationen får en högre kvalitet (McCabe, 2004).

Information och handledning

Sjuksköterska har ett ansvar att främja hälsa och förebygga ohälsa. Om sjuksköterskan ger patienten bra information i samband med insjuknandet i hjärtinfarkt bidrar det till att främja hälsan hos patienten. Information och undervisning bör syfta till en förändring hos individen samt hindra komplikationer i samband med sjukdomstillståndet (Gedda, 2003).

När en person drabbas av hjärtinfarkt kan känslor som oro, ångest och lidande som skapar otrygghet uppkomma. Fagermoen (2002) beskriver att bristande information om diagnos och behandling är en av de mest ångestskapande aspekterna vid inläggning på sjukhus. Bra information/handledning kan minska känslan av lidande och otrygghet och skapa en känsla av välbefinnande . Informationsinnehåll och kunskap som ges till patienten bör baseras och styras utifrån vad, varför och hur- frågor som även är en strategi för sjuksköterskan vid informations givning (Bergh, 2003).

Information som ges till patienten ska således anpassas. Enligt Socialstyrelsen (2012) innebär en patientanpassad information att informationen skall utformas och förmedlas utifrån patienters förmåga och villkor för att patienterna ska kunna ta till sig informationen. Information skall ges med hänsyn tagen till individens behov.

Decker, et al. (2007) beskriver att sjukvården tillsammans med patienten optimerar behandling och återhämtning genom att ta hänsyn till patientens önskemål. Om sjuksköterskan är medveten om vilka patientens informationsbehov är så resulterar det i att patienten får en bra information. (Decker et al., 2007). Informationen som ges från sjuksköterskan måste vara väsentlig för patienten och lätt att förstå. Relevant information enligt Blickem, et. al. (2010) ger en förutsättning för att ändra beteenden hos individen som drabbats av en sjukdom. Decker et al. (2007) förklarar för att kunna få den informationen som ges mer patientcentrerad så behövs det att sjuksköterskan som ger informationen har förståelse och ser de behov som patienten har.

PROBLEMFORMULERING

Det är viktigt att patienter som fått en hjärtinfarkt får bra handledning och information av sjuksköterskan under deras vårdtid/vistelse på en sluten hjärtmedicinskavdelning. Detta för att patienterna ska få vara delaktiga i sin vård. Bristande information kan leda till otrygghet och osäkerhet hos patienterna. Om sjuksköterskan har kunskap om vad patienterna önskar för information i samband med en hjärtinfarkt så hjälper det patienten att få anpassad information och handledning efter patientens behov och resurser.

SYFTE

Syftet är att belysa patienters behov av information i samband med en hjärtinfarkt.

METOD

Axelsson (2008) förklarar att en forskningsprocess alltid startar med en litteraturgenomgång, vilket innebär att författarna lokaliserar och ställer samman den forskning som redan forskats fram runt det valda ämnet. När det gäller en systematisk litteraturstudie så ska primärkällor utgöra den data som samlas in. Författarna valde därför endast primärkällor. Axelsson (2008) berättar vidare att det har debatterats mycket kring om en systematisk litteraturstudie ska innehålla artiklar som både är kvantitativa och kvalitativa. Inom hälsoområdet så kan det vara en fördel att inkludera studier med båda dessa ansatser eftersom författarna då kan studera det valda området utifrån olika perspektiv, vilket i sin tur ökar förståelsen för verkligheten. Författarna har därför valt att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier för att täcka ett större område inom ämnet.

Datainsamling och urval

I litteratursökningen används databaserna Cinahl och PubMed för sökning utav relevanta artiklar. Inklusionskriterier var att den funna litteraturen ska vara relaterad till syftet i studien d.v.s. undersöka vad patienter önskar som viktigt information i samband med en hjärtinfarkt. Litteraturen skulle innehålla patienters tankar och åsikter kring det

valda ämnet. Författarna identifierade önskad litteratur genom att noggrant granska de utvalda artiklarnas abstract och resultat för att se om de stämde överrens med studiens syfte.

Informationssökningen startades med en pilotsökning om det valda området för att få en överblick över utbudet av material. Axelsson (2008) beskriver en pilotsökning som en sökning i fritext där det inte finns några gränser som hjälper författarna att få en uppfattning om de vetenskapliga publikationerna som finns inom det valda området. En systematisk sökning utfördes sedan med tillhörande sökord som är kopplade till studien. Sökorden som användes var: Heart attack, Myocardial infarction, recovery, Cardiac patients, information needs, nursing, knowledge, teaching, relationship, lifestyle som kan ses i Bilaga 1. Författarna valde att inte ha något tidsintervall vid sökning av relevanta artiklar eftersom det fanns äldre forskning som var relevant. Författarna valde även att endast ha artiklar på engelska. Flera artiklar hittades som verkade passa till studiens syfte, efter noggrann granskning så exkluderades många artiklar som innehöll patienters upplevelse kring livskvalitet och inte nämnde något om vad för information som efterfrågades. Artiklar av sekundär källa exkluderades även. Abstract granskades i tjugosju artiklar och efter noggrann granskning återstod det totalt nio artiklar som inkluderades i resultatet.

Data analys

Dataanalysens första steg innebar att översiktligt läsa igenom samtliga artiklar, för att kunna urskilja vilken metod, syfte samt urval artiklarna hade. Detta sammanfattades i en översiktstabell (bilaga 2) i enlighet med Axelsson (2008). Därefter lästes artiklarna noga igenom för att finna likheter men även olikheter som kommer att bygga upp de valda temana i resultatet i litteraturstudien. Axelsson (2008) förklarar att det skapas en tydlig struktur vid användning av teman och subteman. För att identifiera gemensamma temana använde sig författarna av olika färger för att lättare kunna dela in texten och för att identifiera hur många teman det fanns.

RESULTAT

Samtliga artiklar visar att patienterna önskar information om vad en hjärtinfarkt innebär fysiologiskt, läkemedel vid en hjärtinfarkt, att ändra livsstil och påverkan på livet efter en hjärtinfarkt. Dessa är de tre teman i resultatet. Det framkommer även olikheter i vad patienterna önskar under dessa tre teman och även detta tas upp under respektive tema.

Patienterna önskar information om vad hjärtinfarkt innebär fysiologiskt

Information om olika områden kring en hjärtinfarkt så som vad det innebär att få en hjärtinfarkt och risken att drabbas av en ny ansåg patienterna var viktigast att få information om. I studien av Chan (1990) uppger patienterna en önskan om information om vad det är som gör att man drabbas av en hjärtinfarkt, orsakerna till att bröstsmärta uppkommer, vad som händer när man drabbas av en hjärtinfarkt samt hur

hjärtat läker efter hjärtinfarkten. Dock ansåg patienterna att den viktigaste information var om risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Även patienterna i studien av Larsson, Nelson, Gustafson, Batalden (1996) anger en önskan om information om riskerna att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Patienterna tar även upp att information om hur en hjärtinfarkt kan identifieras när hjärtinfarkten inträffar och vad diagnosen hjärtinfarkt innebär som de viktigaste områdena att få information om. Däremot upplevde patienterna en otillräcklig information om hur en hjärtinfarkt känns igen. Även Gregory, Bostock, Backett- Milburn (2006) nämner att vissa av patienterna som deltagit kände en konstant oro för att något de själva gjorde skulle bidra till att utlösa en ny hjärtinfarkt.

Gregory et al. (2006) tar även upp att patienterna som deltagit hade olika upplevelser av sin hälsa och hur stor sannolikheten var att utveckla hjärtproblem efter sin hjärtinfarkt. Enligt patienternas upplevelse i studien av Wiles och Kinmonth (2001) var hjärtattacken en händelse med kroniska och permanenta funktionshinder och patienterna trodde att de aldrig skulle bli återställda igen. Fakta om överlevnad tillsammans med information som kom från sjuksköterskan verkade uppmuntra patienterna till en ny uppfattning av händelsen innan, under och efter en hjärtinfarkt. Detta hjälpte patienterna att bättre förstå varför en hjärtinfarkt har inträffat och varför patienterna inte återhämtat sig efter råden som gavs. I studien av Roebuck, Furze och Thompson (2001) visste mindre än hälften av patienterna vad det var som orsakade inläggning när frågan ställdes till dem. Däremot visste 88 % av patienterna vilken form av behandling som utförts. I studien av Decker et al. (2007) uppger patienterna att det var viktigt att när sjuksköterskan presenterar information, inte använder sig av medicinska termer utan att det skulle vara bra om det var lätt förståeligt och tydligt. Patienterna ville ha information som var anpassad för deras egen person och situation.

Patienterna i studien av Chan (1990) kände att information om hjärtats anatomi och dess arbete var relevant i deras situation. Patienterna ansåg däremot att allmänna upplysningarna om till exempel hur man tar sin puls var mindre viktiga. Studien lyfter inte fram varför patienterna tycker att vissa områden är viktigare än andra. I Larsson et al. (1996) studie uppger patienterna inget om den allmänna information som ges. Däremot ansåg patienterna att informationen om risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt varken var bra eller hjälpsam. Patienterna upplevde även att informationen om hur man känner igen en hjärtinfarkt inte var till någon hjälp och förvärrade deras oro. Smith och Liles (2007) menar att information om riskfaktorer, anatomi och fysiologi och läkemedel ofta ligger i centrum för patienter som fått en hjärtinfarkt men att informationen förändras i olika stadier av återhämtning . Till skillnad från patienter i föregående studier (Chan 1990; Larsson et al., & Smith & Liles 2007) så fanns det en önskan hos vissa patienter i studien av Decker et al. (2007) att inte få information om risker som finns under behandlingar som kunde bli aktuella. Information om att patienterna kunde återgå till sina normala aktiviteter gavs, däremot frågade patienterna aldrig vad som menas med normala aktiviteter. Patienterna upplevde även att den information som gavs lätt glömdes bort eller inte uppfattades på grund av det sinnesstillstånd patienterna befann sig i vid tidpunkten när informationen gavs Decker et al. (2007).

I studien av Larsson et al.(1996) som var en kvantitativ icke experimentiell studie där sjukhusjournaler och frågeformulär användes som databas. Visades det att patienterna rankat information om vart mest aktuella sjukvård finns tillgänglig för dem vid exempelvis återkommande smärtor efter en hjärtinfarkt som viktigast. Patienterna upplevde att informationen kring detta ämne var otillräcklig.

Patienterna önskar information om läkemedel vid hjärtinfarkt

Bristande information om olika mediciner vid hjärtinfarkt skapar oro och otrygghet hos patienterna. Roebuck et al. (2001) lyfter fram den okunskap som deras deltagare känner kring de nya medicinerna som sätts in i samband med hjärtinfarkt. Kunskap om hur nya läkemedlen påverkar kroppen, vad det var för läkemedel och vad läkemedlen gör upplevdes som bristfällig hos patienterna. Oro över läkemedlen är en återkommande del i deltagarnas känslor. Även i studien av Wiles och Kinmonth (2001) framkommer att det finns en osäkerhet kring läkemedel. Frågorna patienterna hade var både vilka läkemedlen var och varför dessa hade satts in. Det lyfts även fram att patienterna upplevde att information om varför läkemedlen tas under en längre period var otillräcklig. Patienterna saknade information om läkemedlens biverkningar, vilket skapade osäkerhet över att använda läkemedlen.

Smith och Liles (2007) genomförde en jämförande och beskrivande studie med frågeformulär där patienterna fick rangordna olika informationsbehov. Det informationsbehov som rankades högst var information om mediciner, komplikationer och symtom. Patienterna hade en önskan om att få information från läkare och sjuksköterska om varför läkemedlen används, vilka åtgärder som ska vidtas om det uppstår en reaktion på läkemedlet samt hur länge läkemedlen ska användas (Smith & Liles, 2007; Chan, 1990). Larsson et al.(1996) studie visar att patienterna upplever att information om vad behandlingen kommer innebära är en viktig del för dem i deras situation. Mer allmän information om mediciner som sätts in och vilka eventuella biverkningar som medicinerna kan ge efterfrågades bland deltagarna i flera studier (Chan, 1990; Decker, et al., 2007; Smith & Liles, 2007; Roebuck et al., 2001; & Wiles & Kinmonth, 2001).

Även studien av Decker et al. (2007) visade att patienterna ville ha information om eventuella negativa effekter av de läkemedel patienterna hade. I studien av Roebuck et al.(2001) upplevde några deltagare att vid vissa av läkemedlens biverkningar att de inte var sig själva längre och patienterna ville ha mer stöd i detta efter utskrivning från sjukhuset.

Behov och önskemål när det gäller läkemedel och kontaktperson är några områden som skiljer sig åt i studierna. Deltagarna i Wiles och Kinmonth (2001) kvalitativa studie med djupintervju i Irland och Storbritannien känner sig trygga med sina läkemedel och känner ingen oro kring läkemedlen som tas även fast obesvarade frågor kring läkemedlen finns. Patienterna i studien av Roebuck et al. (2001) som genomfördes i Storbritannien upplevde känslor av otrygghet när inte tillräcklig information getts. Patienterna kände även att läkemedlen skulle vara individuellt anpassade vilket

Patienterna i Wiles och Kinmonth (2001) studie inte upplevde utan kände att läkaren hade kontroll över läkemedlen som gavs och förlitade sig på det som läkaren beslutade. Patienterna hade inga tankar på att avbryta sin medicinering efter en tid oavsett om förbättring eller inte innan deras läkare godkände en nedtrappning eller borttagning av läkemedel. Studien tar inte upp något om hur patienterna upplevde information om biverkningar (Wiles & Kinmonth 2001).

Sanderson et al. (2009) undersökte förekomst av dokumentation av sekundär prevention där insamling av sjukhusjournaler och telefonintervjuer användes. Där framkommer att några patienter inte kunde följa ordinationen på grund av ekonomiska skäl. Studien tar inte upp något om varför övriga patienter fortsätter att följa recepten. I studien av Chan (1990) tas det upp vilka område patienterna vill ha information men det tas inte upp något om varför patienterna önskar den informationen.

Gregory et al. (2006) visar att patienterna i deras studie ville ha en professionell person med utbildning inom medicin och hälsa som kunde kontaktas vid frågor kring använda läkemedel. Studien nämner inget om vilken sorts information patienterna önskar kring sina läkemedel. Höglund, Winblad, Arnetz och Arnetz (2010) visar att patienterna önskade att sjuksköterskan skulle anpassa informationen efter patientens önskan och behov i akuta situationer men det framkommer inte vad för sorts information som patienterna önskar. I studien av Decker et al. (2007) önskade patienterna att den medicinska informationen skulle vara lättförståelig och inte innehålla medicinska termer. Även Smith och Liles (2007) tar upp att patienterna anser att det är biomedicinska aspekterna som är viktigare att få information om än de psykosociala.

Patienterna önskar information om hur de ska förändra sin livsstil och påverkan på livet vid hjärtinfarkt

Information om kost, aktivitet och rökstopp är några områden som patienterna upplever som viktiga att få information om. Gregory et al. (2006) genomförde en kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper. Studien visade att patienter som deltog var medvetna om att följa rekommendationer om hälsosamma livsstilsförändringar så som diet, motion och rökstopp. Patienterna önskade att en utomstående skulle kunna följa upp information som getts efter hjärtinfarkten, motivera och stötta patienterna att följa de råd som getts. Om patienterna kunde få dela sina upplevelser med andra i liknande situationer och ha kontakt med en person för rådgivning skulle det minska deras oro (Gregory et al., 2006). Patienterna i studien av Chan (1990) önskade också en kontakt för stöd, uppmuntran och trygghet snarare än information om kliniska implikationer.

Patienterna i studien av Smith och Liles (2007) uppger även att informationen om vad man ska göra efter en hjärtinfarkt för att minska komplikationer var önskvärd. Patienterna ansåg att information om fysisk aktivitet och livsstil var några av de viktigaste områdena. Patienterna uppgav även ett behov av att få information om hur de skulle kunna gå vidare i sina liv, frågor om hur bilkörningen påverkas, vart de kunde vända sig för att få stöd och hur allvarlig hjärtinfarkten varit (Smith & Liles, 2007). Även i Larsson et al. (1996) beskrivs att patienterna upplevde att information om hur de

skulle klara av att hålla ihop familj och arbete efter hjärtinfarkten, hur mycket försäkringen skulle komma att täcka och hur de kunde stoppa en uppkommen depression på snabbast sätt var otillräckliga. Allt detta var oroväckande hos patienterna efter hjärtinfarkten.

När information om kost och motion ges är det inte alltid patienterna minns den givna informationen. Enligt Roebuck et al. (2001) var oron över kosten såsom fett och saltintaget, vikten och att inte kunna sluta röka något som skapade rädsla hos patienterna. Patienterna upplevde att det fanns okunskap rörande sina kolesterolnivåer. I studien av Sanderson et al. (2009) så tas det upp att den information som gavs innan patienterna blev utskrivna berörde diet, fysisk aktivitet, rökavvänjning, hjärtrehabilitering och återbesök. Studien visar att läkarens dokumentation stämde överrens med patienters upplevelse av vilken information som getts, bland de patienter som upplevde att de fått bra information. Det framkom i studien att under samtliga informationsområden fanns det dokumenterat att patienterna fått information om rökavvänjning, diet, fysisk aktivitet, hjärtrehabilitering och återbesök medan patienterna upplevde att de fått mindre information än det som fanns dokumenterat (Sanderson et al., 2009).

I studien av Decker et al. (2007) framkommer det att patienterna önskar att få specifik information om återhämtning via motion och hjärtrehabilitering för att kunna slippa osäkerheten. Patienterna behövde mera information och stöd av sjuksköterskan om vilka aktiviteter som skulle vara tillåtna att göra för att undvika beroende av personal.

Det framkom olikheter i vad patienterna upplevde som viktig information relaterat till livsstilsförändringar och att patienternas motivation varierade. Patienterna som deltog i studien av Chan (1990) upplevde sig vara minst berörda av information rörande kost efter en hjärtinfarkt och vad kolesterol och triglycerider innebär i detta sammanhang. Patienterna ansåg inte heller att information om riskfaktorer, fysisk aktivitet och när sexuell aktivitet kunde återinföras var viktigt. Studien av Roebuck et al. (2001) tar även upp frågor kring kolesterol men är till skillnad från studien av Chan (1990) fokuseras det på att patienterna som deltog i studien saknade uppfattning om vad deras kolesterolnivåer var. Flera av patienterna i Roebuck et al. (2001) studie kände sig förvånade att deras kolesterolnivåer var förhöjda då patienterna följt en fettsnål kost under en längre period. Att patienterna hade följt en hälsosam kost och ändå fått en hjärtinfarkt upplevde många som oroande. Den bristande informationen resulterade i att vissa patienter började äta en olämpligt strikt kost eller helt struntade i att äta en kost med mindre fett vilket inte tas upp i de andra studierna. Chans (1990) studie har en större fokus på vad patienterna inte önskar för information snarare än vad patienterna vill bli informerade om.

Motivationen för förändringar av livsstilen var minskad hos många patienter. Roebuck et al. (2001) visar att patienterna i studien inte ansåg att sluta röka var ett stort problem eftersom deras hjärtinfarkt var en motivationskälla i sig. Studien som genomfördes av Wiles och Kinmonth (2001) visar däremot att patienterna uppgav en motivationsbrist för långvariga livsstilsförändringar. Detta upplevde patienterna var relaterat till den information och uppmuntran som getts från sjuksköterskan samt att patienterna upplevde bristande motivation att följa råd som getts från sjukvårdspersonalen på längre sikt. Patienterna ansåg att det är meningslöst med förändringar eftersom deras hjärta

hade blivit så pass skadat och att patienterna upplevde en väntan på nästa hjärtinfarkt som skulle ta deras liv. I studien som Smith och Liles (2007) utförde visades det att vissa patienter upplevde att den information som sjuksköterskan ansåg som viktigt var väsentlig för dem i deras situation.

Studien av Decker et al. (2007) skiljer sig ifrån de andra eftersom studien är mer fokuserad på hur patienter känner inför att få komma hem och hur patienten uppfattar sin nya situation med tanke på alla livsstilsförändringarna som krävs av dem. Känslor av en nyfunnen motivation infanns hos vissa patienter som var mycket aktiva i sin nya livsstil. Det framkom även att vissa av patienterna som var aktiva i sin nya livsstil ökade sin kunskap kring de förändringar när de engagerade sig, men att det också bidrog till förvirring över hur deras hälsa egentligen var eftersom fokuset låg på själva livsstilsförändringen. Larsson et al. (1996) nämner också att patienterna i deras studie ville veta vilka frågor som var relevanta att fråga läkaren om och tyckte att detta var viktigt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En pilotsökning ser författarna som en styrka eftersom det bidrog till att en större överblick över det material som fanns och kunde därför lättare identifiera vad som söktes i relation till studiens syfte. Artiklar som vi valde hade bra innehåll och vi kunde lätt identifiera tre teman som återkom dock fanns det vissa svårigheter att förstå vad vissa studier ville få fram. En orsak kan vara författarnas bristande erfarenhet att läsa kvantitativa artiklar. Artiklarna hade bra innehåll som var rätt för vårt syfte och resultat så vi beslutade att lägga ned extra mycket tid på dem.

En litteraturstudie ger en bra överblick eftersom resultat är från undersökningar/intervjuer gjorda i olika länder. En svaghet med en litteraturstudie kan vara att vi inte hade någon patientkontakt och därmed inte fick direkta svar om deras önskan kring information i samband med en hjärtinfarkt. Därför hade en empirisk studie kanske varit mer lämpad. Artiklarna var mest västerländska och detta kan vara en svaghet eftersom det finns likheter med hur människor lever i Norden och Europa. Om artiklar ifrån fler områden i världen hade inkluderats så kunde det ha bidragit till att författarna fått en bättre överblick över hur patienter från andra kulturer ser på sitt informationsbehov. Författarna upplevde även att det var svårt att hitta artiklar som passade in på studiens syfte. Användning av färgpennor var ett bra sätt för att lättare kunna hålla isär de olika temana och lättare hitta vilken text som passar in under vilket tema.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre teman som beskriver vilken information patienterna önskar: *vad hjärtinfarkt innebär fysiologiskt, information om läkemedel vid hjärtinfarkt samt information om hur de ska förändra sin livsstil och påverkan på livet vid hjärtinfarkt.*

Resultatet visar att det finns informationsbrist kring dessa områden och detta upplever patienterna som en otrygghet. Diskussionen följer dessa tre teman i den ordning de presenteras i resultatet.

Information om vad hjärtinfarkt innebär

Om patienterna hade blivit informerade om att de kunde bli återställda och inte uppnått full återhämtning inom en viss tid började de se sin hjärtinfarkt som akut/svår igen. Patienterna upplevde sin hjärtinfarkt som antingen akut eller mild beroende på den informationen som gavs ifrån sjuksköterskan. Patienterna önskade information om vad det innebär att få en hjärtinfarkt, risken att drabbas av en ny samt oro över att ha fått en hjärtinfarkt och inte bli bra var återkommande känslor hos patienterna. (Wiles & Kinmonth, 2001; Larsson et al., 1996; & Chan, 1990). Blir patienterna tillfrågade om funderingar kring det som hänt så kan det öppna upp för reflektion hos patienterna. Om sjuksköterskan ofta kan ge patienterna tillfälle att ställa frågor och uppmuntra till det kan det möjliggöra för patienter att uttrycka sina behov av information i enlighet med sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005).

Liknande resultat har även visats i en studie av Hutton och Perkins (2008) där det visades att deltagarna som var män som nyligen fått en hjärtinfarkt upplevde känslor av rädsla och osäkerhet. Många av deltagarna upplevde en förvirring över vad de borde göra och var oroliga för att de gjorde för mycket. Deltagarna upplevde även att deras bild av sig själva förändrades och att det var viktigt att återfå den förlorade självbilden. Vissa deltagare uppgav en känsla av ilska och frustration som var relaterade till de fysiska begränsningarna i de tidiga stadierna av återhämtning som tillkommer i samband med en hjärtinfarkt (Hutton och Perkins, 2008).

Det är viktigt att sjuksköterskan inger hopp. Sjuksköterskan kommer ofta i kontakt med patienter som fått hjärtinfarkt på olika avdelningar bland annat på hjärtintensivvårds eller akutvårds avdelningar och kan alltid inge hopp till patienterna som hon kommer i kontakt med. Enligt Wiklund (2003) förklarar Eriksson att hopp har ett nära samband till det som människan upplever som meningsfullt och om patienterna kan känna meningsfullhet så kan det leda till att patienterna upplever livsvilja och får kraft att ta nästa steg i sin nya livssituation. Eriksson förklarar vidare att hopp även kan ses som en handling där sjuksköterskan har en medvetenhet i att bevara sina patienters hopp i svåra situationer. Detta kan göras genom att till exempel lyssna på det patienterna har att berätta (Wiklund 2003). En reflektion är att när sjuksköterskan informerar patienterna så är det kanske bra om hon har med sig att patienterna kanske tolkar för bokstavligt på det hon säger. Sjuksköterskan kanske måste påpeka ännu mer att återhämtning är individuellt och upprepa informationen eftersom patienterna inte alltid kan/vill ta till sig information när de befinner sig i en ny livssituation.

Information om läkemedel vid en hjärtinfarkt

Osäkerhet och oro är en känsla som ofta fanns hos patienterna vid intag av läkemedel. Behov av att få komma i kontakt med läkare och sjuksköterskor för att kunna ställa

frågor lyftes fram av patienterna som ett viktigt behov. Patienterna upplevde en känsla av delaktighet när de blev medicinskt informerade av läkare och sjuksköterskor, däremot önskade patienterna att informationen inte skulle innehålla många medicinska termer (Roebuk et al., 2001; & Wiles och Kinmonth, 2001; Smith & Liles, 2007; Decker et al., 2007; Höglund et al. (2010) & Gregory et al., 2006).

I studien av Larsson, Sahlsten och Plos (2011) uppmärksammades det att patienterna upplevde att det fanns hinder för att få vara delaktiga i sin vård. Patienterna nämnde fyra kategorier där möta sin egen okunskap, brist på empati hos sjuksköterskorna, sjuksköterskornas inställning och uppfattning om strukturella hinder nämndes som hinder för delaktighet (Larsson et al., 2011). Att sjuksköterskan är lyhörd och visar empati för sina patienter är en viktig del i den vårdande relationen som kännetecknar god vård enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2012). I studien av Florin (2007) förklarades det däremot att personliga egenskaper hos patienterna som till exempel kön, utbildning, levnadsförhållanden och status i yrket var förknippade med hur aktiv roll patienterna antog i kliniska beslut rörande sin vård.

Om patienten känner att sjuksköterskan ser till hans/hennes individuella behov och låter honom/henne vara delaktig i det som sker så leder detta till att patienten får en ökad känsla av trygghet. En reflektion är att sjuksköterskan kan ha ett öppet och varmt bemötande mot sina patienter som kan bidra till att patienterna känner sig mer delaktiga i sin vård och vågar uttrycka sina funderingar och behov. Information om de läkemedel som tas och vilka biverkningar som finns är således en viktig punkt i informationsbytet som sker mellan sjuksköterskan och patienterna. Utan denna information kan det kanske leda till att patienterna vill avsluta sin medicinering eftersom patienterna mår annorlunda och inte har kunskap om att det kan vara en förväntad biverkning. Eftersom patienterna lyft dessa områden får det oss att fundera kring om sjuksköterskan informerar om det hon tror att patienten vill ha information om och följer rutiner, istället för att fråga patienten vad han/hon önskar? Att patienterna uttryckte en önskan att få träffa sjuksköterskan kan det kanske vara ett tecken på att patienterna inte fått tillräckligt med information och inte varit tillräckligt delaktiga. Det är inte alltid lätt för patienterna att komma ihåg den information som ges eftersom patienterna har hamnat i en ny livssituation. Därför kan det vara viktigt att sjuksköterskor tar vara på den spontana undervisningen och undervisar patienterna om vad för läkemedel som ges och varför läkemedlet ges när hon kommer med dem, vilket inte behöver ta lång tid. Kanske finns det en bild av att informera patienter om läkemedel innebär att sitta ned med patienten en lång stund? Kanske finns även en rädsla av att tiden inte ska räcka till?

Information om ändring av livsstil och påverkan på livet vid en hjärtinfarkt

Patienterna upplevde även en spänning mellan att följa de råd som getts av sjuksköterskan och svårigheter att kunna ta till sig informationen. Dels på grund av chock och stress. Patienterna uppgav att information om kost, aktivitet och rökstopp är

viktiga områden. Patienterna uttryckte också en önskan om att ha en utomstående som kunde hjälpa dem och hålla motivationen uppe angående motion och de råden om ändring av livsstil som getts. Samt att det skulle minska patienternas beroende av andra (Gregory et al., 2006; & Chan, 1990). Enligt Bäck (2012) har rörelserädsla visats ha en negativ påverkan i flera patientgrupper trots att de positiva effekterna av fysisk aktivitet är bevisad i behandling inom hjärtrehabiliteringen. I samma studie visas att 20 % av en population patienter med kranskärtsjukdomar hade en hög grad av rörelserädsla efter sex månader av sin hjärtinfarkt. Rädslan hindrade patienterna att ta steget mot ett friskare liv.

När patienterna åker hem igen så kommer det inte finnas personal dygnet runt som kan stötta och motivera dem. Om sjuksköterskan kan ge råd och stöd under tiden som patienterna är på sjukhuset så kanske det kan underlätta övergången från sjukhuset till hemmet för patienterna. Känner patienterna sig osäkra kan det leda till att patienterna inte vågar göra vissa saker och kanske blir isolerade. En reflektion är att det kanske skulle hjälpa patienterna om de skulle få en individanpassad återhämtningsplan där rekommenderad aktivitet och kost finns för att kunna upprätthålla livsstilsförändringarna som oftast är nödvändiga efter en hjärtinfarkt? Detta skulle innebära att sjuksköterskan har ett närmare samarbete med dietist och sjukgymnast. Om sjuksköterskan kan uppmuntra patienterna och visa ännu tydligare att hon litar på patienternas egen förmåga skulle det kunna leda till att patienternas självförtroende ökade. Detta kan kanske även bidra till att ett oberoende skapas. Om sjuksköterska identifierar ett behov av ökad självständighet hos patienterna så kan sjuksköterskan lägga upp mål och metod tillsammans med patienterna för att öka hans/hennes självständighet innan hemgång. Det patienterna och sjuksköterskan kommer fram till kan sedan dokumenteras i patientens journal så att övrig personal har tillgång till den plan som utformats. En reflektion är att det kanske även kunde underlätta om patienterna erbjöds att sitta i en grupp med andra patienter för att dela erfarenheter och frågor?

SLUTSATSER

Det har framkommit i resultatet att det finns ett ökat informationsbehov hos patienterna som drabbats av en hjärtinfarkt. Patienterna önskade information om vad en hjärtinfarkt innebar, patienterna önskade information om läkemedel vid hjärtinfarkt samt patienterna önskade information om ändring av livsstil och påverkan på livet vid en hjärtinfarkt. Den här litteraturstudien har visat att det fortfarande finns informationsbrist rörande dessa teman i resultatet. Detta kan vara ett uttryck för att mer fokus läggs på det medicinska än själva informerandet. Denna brist på informationen kan skapa en oro hos patienterna som innebär vårdlidande.

Förslag till kommande forskning

En reflektion är att det kanske borde utföras mer forskning kring varför det uppstår informationsbrist. Vad sjuksköterskan anser som viktig information att ge till patienterna och hur mycket tid som läggs ned på informationsgivningen är något som borde forskas mer om.

REFERENSER

Anand, S-S., Islam, S., Rosengren, A., Grazia, F., Steyn, K., Yusufali, A-H., Keltai, M., Diaz, R., Rangarajan, S., & Yusuf, S. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the interheart study. *European Heart Journal*. 29 (7), 932-940. Hämtad 20 december 2012 från <http://www.escardio.org/Search/results.aspx/Results.aspx?k=riskfactors%20myocardial%20infarction>

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. Ingår i M. Granskär och B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.173-188.). Lund: Studentlitteratur.

Bassand, J-P., Danchin, N., Filippatos, G., Gitt, A., Hamm, C., Silber, S., Tubaro, M., & Weidinger, F. (2005). Implementation of reperfusion therapy in acute myocardial infarction. A policy statement from the European Society of Cardiology. *European Society of Cardiology*. 26 (24), 2733-2741.

Bergh, M. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. Ingår i E. Pilhammar-Andersson (Red.), *Pedagogik inom vård och omsorg*. (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

Blickem, C., Bower, P., Protheroe, J., Kennedy, A., Vassilev, I., Sanders, C., Kirk, S., Chew-Graham, C., & Rogers, A., (2011). The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review. *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 449-459.

Bäck, M., (2012). *Exercise and physical activity in relation to kinesiophobia and cardiac risk markers in coronary artery disease*. (Akademisk avhandling). University of Gothenburg. ISBN: 978-91-628-8524-3

Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching Content after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (10), 1139-1145.

Chouinard, M-C. & Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*. 54 (4), 243-254.

Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D-M., Nugent, K., Shipman, A., & Spertus, J-A. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22 (6), 459-465.

Fagermoen, M. S. (2002). Patientundervisning. Ingår i Almås, H. (red). *Klinisk omvårdnad del 1*. Kap. 2, s. 12-30. Stockholm: Liber.

Fareed, M., Suri, K., Adnan, I. & Qureshi (2006). Prehypertension as a risk factor for cardiovascular diseases. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 21 (6), 478-482.

- Florin, J. (2007). *Patient participation in clinical decision making in nursing: a collaborative effort between patients and nurses*. (Akademisk Avhandling). Örebro studies in caring sciences, ISBN 9789176685228.
- Gedda, B. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. Ingår i E. Pilhammar-Andersson (Red.), *Pedagogik inom vård och omsorg*. (s.81-108). Lund: Studentlitteratur.
- Gregory, S., Bostock, Y., & Backett-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Oxford University Press*, 23 (2), 220-225.
- Haugland, T., Hansen, I. Areklett, E (2009) Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. Ingår i H. Almås (Red.), *klinisk omvårdnad del 1* (s.411-445). Liber: Stockholm.
- Hutton, J-M. & Perkins, S-J. (2008) A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (1), 87-97.
- Hjärt- Lungfonden (2010a). *Fakta hjärtinfarkt*. Hämtad 26 september, 2012, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/>
- Hjärt-Lungfonden (2010b). *Vad är hjärtinfarkt*. Hämtad 18 oktober, 2012, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/>
- Hjärt-Lungfonden (2010c). *Risikfaktorer Hjärtinfarkter*. Hämtad 18 oktober, 2012, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Risikfaktorer-hjartinfarkt/>
- Hjärt-Lungfonden (2010d). *Behandling vid hjärtinfarkt*. Hämtad 22 november 2012, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Behandling-hjartinfarkt/>
- Höglund, A-T., Winblad, U., Arnetz, B., & Arnetz, J-E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 24 (3), 482-489.
- Jensen, B-O. & Petersson, K (2003). The illness experiences of patients after a first time Myocardial infarction. *Patient Education and Counseling* 51(2), 123–131
- Jiang, X., Sit, J-W. & Wong, T-KS. (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidencen from Chengdu, China. *Journal of Clinical Nursing*, 16, (10), 1886-1897.
- Larsson, C-O., Nelson, E-C., Gustafson, D., & Batalden, B. (1996). The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (5), 447-456.

Larsson, I-E., Sahlsten, M-J.M., Plos, K-A.E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 25(3), 575–582.

Lutfiyya, M-N., Bardales, R., Bales, R., Agüero, C., Brady, S., Tobar, A., McGrath, C., Zaiser, J., & Lipsky, M-S. (2010). Awareness of heart attack and stroke symptom among hispanic male adults living in the United States. *J Immigrant Minority Health* 12 (5), 761–768.

Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: diagnosis, risk assessment and management. *Nursing standard*, 25 (23), 47-58.

McCabe, C., (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 41-49.

Muller-Nordin, J., Binting, S., Roll, S., & Willich, S-N. (2008). An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *European Heart Journal*. 29 (10), 1316-1326. Hämtad 20 december 2012 från <http://www.escardio.org/Search/results.aspx/Results.aspx?k=riskfactors%20Europe>

Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D-R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 787-794.

Sanderson, B-K., Thompson, J., Brown, T-M., Tucker, M-J., & Bittner, V. (2009). Assessing patient recall of discharge instructions for acute myocardial infarction. *Journal for Healthcare Quality*. 31(6), 25-34.

Sasaki, M., Saito, T., Kubo, N., Saito, T., Ikoma, A., Tamemoto, H., Saito, M., Kawakami, & M. Ishikawa S-E. Alteration in risk factor accumulations of acute myocardial infarction during the last one decade: Analysis of patients admitted in Coronary Care Unit. (2006). *Department of Medicine, Jichi Medical School Omiya Medical Center*, 71 (3), 339-44.

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction Patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (4), 662-671.

Socialstyrelsen (2012). *Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 17 oktober 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 12 december 2012 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 12 december 2012 från <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Vasko, P. (2007). Hjärt- kärlsjukdomar. Ingår i N. Grefberg & L- G. Johansson (Red.). (2009). *Medicinboken: Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. (s.55-141). Stockholm: Liber.

WHO (2002a). *Deaths from coronary heart disease*. Hämtad 26 september, 2012, från World health organization, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_14_deathHD.pdf

WHO. (2002b). *Types of cardiovascular disease*. Hämtad 26 september, 2012, från World health organization, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wiles, R., & Kinmonth, A-L. (2001). Patients' understandings of prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44 (2) 161-169.

Bilaga 1. Sökhistorik

Databas	Sökord och begränsningar	Träffar Titlar	Urval 1 Abstract	Urval 2
Cinahl	Information needs AND Myocardial infarction	50	5	1
Cinahl	Myocardial infarction AND information AND Patient + abstract + peer review + 2005-2012	70	5	1
Cinahl	Myocardial infarction AND knowledge AND Information	101	2	0
PubMed	relationship AND information needs AND myocardial infarction	13	2	1
Cinahl	myocardial infarction AND teaching AND patient	135	2	1
Cinahl	Myocardial infarction AND lifestyle AND patient + abstract + Peer Review	63	1	1
Cinahl	Myocardial infarction AND recovery AND patient	175	7	3
PubMed	Recovering AND Heart attack + full text	224	3	1

Bilaga 2. Artikelgranskning

Författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Chan 1990 Canada	Att undersöka patienters upplevelser av de sju innehållsområdena som ofta ingår i hjärtundervisning samt hur viktigt och hur sakliga de var för att lära sig efter genomgång av en akut hjärtinfarkt.	En beskrivande studie genomfördes med Lasaros stress copingteori som en mall. Intervju utfördes med de ämnesområdena som var viktigt att lära sig. Patienterna vårdades på en kardiologisk eller allmän medicinsk avdelning (på tre universitetssjukhus i Metropolitan Toronto). Ungefär 2 veckor efter utskrivning, intervjuades patienterna igen om samma ämnen men ensam i sina hem.	30 hjärtinfarkt patienter var av 18 män och 12 kvinnor. Ålder 32-85. Intervjuades före hemgång och under tidig förbättring.	Studien visar stora skillnader mellan patienternas uppfattningar och lärandet. Därför är det avgörande att ta hänsyn till hjärtundervisning.
Decker et al., 2007, USA.	Att beskriva hjärtpatienters preferenser för delaktighet i beslutsfattandet i samband med hjärtinfarkt.	Fokusgrupper med patienter med ny debuterad hjärtinfarkt. Data samlades, transkriberades och analyserades kvalitativt för identifiering av tema.	19 patienter 15 män och 4 kvinnor som nyligen har fått hjärtinfarkt Ålder från 38-70.	Studien utgår på två teman: Patientens roll Behov av information

Författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Gregory et al., 2006 UK.	Att identifiera hinder och göra återhämtningen lättare för hjärtinfarkts patienter efter rådgivning om livsstils förändringar.	Kvalitativ studie med fokusgrupp. Intervju genomfördes med män och kvinnor efter utskrivning två/tre år tidigare.	53 personer. 35 män och 18 kvinnor. Rekrytering gjordes av en koronar vårdenhet och patienternas allmänläkare.	Det stora fyndet var patienternas önskemål om långsiktig övervakning och stöd. Behov av ömsesidigt stöd och nödvändig information och rådgivning samt uppmuntran från utövare är viktigt som en stöd strategi för livsförändringar.
Höglund et al., 2010, Sverige.	Att beskriva patientens och personalens uppfattningar Om patientens delaktighet i vårdförloppet och beslutfattande under sjukhusvistelse för hjärtinfarkt.	Beskrivande kvalitativ design, Fem tematiska fokusintervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades och analyserades genom en tematisk stegvis metod.	Två patientgrupper, och tre personal grupper på tre svenska sjukhus.	Fem teman framkom: Betydelsen av patientens delaktighet Positiva resultat Svåra situationer Hinder Underlättade faktorer

Författare , år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Larsson et al., 1996 USA.	Att avgöra om det finns ett samband mellan patienternas informationsbehov och generell tillfredsställelse med omsorg och patienternas allmänna hälsostatus.	Kvantitativ icke experimentell studie som använder sig av data från sjukhus journaler i samband med patienternas utskrivning efter två och åtta veckor. Inriktningen innefattade tre sjukhus i USA.	258 akut hjärtinfarkt patienter som vårdades i 3 kommunala sjukhus. Av det totala urvalet 167 st. som svarade på frågeformulär.	Två tabeller beskriver det som av patienterna anses som viktigt att lära sig och vad som är relevant att lära sig.
Roebuck et al., 2001 UK.	Att utforska och få inblickar om effekterna av hjärtinfarkt på hälsorelaterad livskvalitet.	Semi-strukturerade intervjuer utifrån en guide. Intervjuer gjordes i hemmet och spelades in och transkriberades ordagrant. Utskrifter analyserades med latent och manifest.	31 patienter inlagda på sjukhus under fyra månader.	Analys av data visade sju huvudkategorier: fysisk aktivitet/ symtom, otrygghet, känslomässiga reaktioner, beroendet, livsstilsförändringar, oro över medicinering och biverkningar.

Författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Sanderson et al., 2009, UK.	Att undersöka förekomst av dokumentation av sekundär prevention i patienters journal. Att undersöka patienters förståelse för sin egen medicinska diagnos och minne av information av sekundär prevention som getts vid utskrivning.	Sekundär prevention strategi. Telefon undersökning bland patienter som var utskrivna med akut hjärtinfarkt diagnosen med minst ett kriterium för sjukdomen.	348 lämpliga patienter inom 60 dagar efter utskrivning. Av 348 personer, fullföljdes totalt 159 patienter telefonintervjun. 94 personer kunde inte kontaktas under 60 dagar.	Liknade proportioner av dokumentation och patienters minne av utskrivningsinstruktioner fanns, men många patienter kunde inte ange namn på sin diagnos eller riskfaktorer som orsakade diagnosen.
Smith et al., 2007 UK.	Att utforska behov av information hos patienter som har fått behandling för en hjärtinfarkt innan deras hemgång från sjukhus.	En kvantitativ jämförande och deskriptiv studie. Frågeformulär som fylldes av hjärtinfarkt patienter inom 72 timmar efter utskrivning. Analyseras med hjälp av statistiska paket för samhällsvetenskap.	20 hjärtinfarkt patienter varav 17 män och 3 kvinnor. Ålder 65-70. Projektet pågick under 16 veckor.	Viktigt med varje informationspunkt innan utskrivningen. Viktigt med information om läkemedel, komplikationer och fysisk aktivitet.

Författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Wiles et al., 2001 UK.	Att medverka till utformning av effektiva sekundär preventiv tjänster efter hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie som undersöker patienternas förståelse av hjärtinfarkt. Djup intervju runt 2 veckor och fyra månader efter utskrivning.	25 grupper bestående av 227 patienter med hjärtinfarkt var av 12 kvinnor och 13 män. Ålder 34-80	Information från vårdpersonalen uppmuntrar patienterna att se hjärtinfarkten som en akut händelse. Information om beteendeförändring kan bidra till att ha kontroll på sjukdomen. Målet nås genom att vårdgivare undersöker patientens uppfattning av hjärtinfarkt och återhämtning genom att ge information om livsstil och dessa förändringar.