



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning  
(bacheloroppgave)

Vurderingsform: Hjemmeeksamen

Kandidatnr: 343

Leveringsfrist: 26.02.16 kl. 14.00

Ordinær eksamen

Fagansvarlig: Benny Huser



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## «NÅR HJERTET SVIKTER»

-Informasjon til pasienter etter hjerteinfarkt



Illustrasjonsfoto: Image Quest

Bacheloroppgave i sykepleie  
Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling: Stord, 2016  
Kull 2013

Antall ord: 8989

## **Sammendrag:**

**Tittel:** «Når hjertet svikter» – informasjon til pasienter etter hjerteinfarkt.

**Bakgrunn:** I 2013 ble det registrert 13 043 tilfeller av hjerteinfarkt i Norge. I praksis og som ambulansearbeider har jeg observert at pasienter som opplever hjerteinfarkt får god behandling i den akutte fasen, i tillegg til informasjon i etterkant. Pasientsamtalens nåværende innhold omhandler redusering av risikofaktorer og forebygging av nye hjerteinfarkt, men den bedrer ikke helse og sykdomsmestringen til pasienten.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen slik at sykepleier kan ivareta pasientens informasjonsbehov før utskrivelse fra sykehus. Problemstillingen er følgende: «*Hva opplever pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt i forhold til informasjon, og hvordan kan sykepleier ivareta informasjonsbehovet til disse pasientene før utskrivelse fra sykehuset?*»

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Databasene CINAHL og Ovid ble brukt i søk etter relevant forskning. Søkeord som ble benyttet var «myocardial infarction», «daily life», «experience», «men», «information», «patient satisfaction».

**Resultater:** Det kommer frem i forskningsartiklene at pasienter har et stort informasjonsbehov etter et hjerteinfarkt. Pasienter opplever god behandling i den akutte fasen, men ulik behandling i etterkant og mangelfull informasjon. Samtidig kommer det frem at pasienter opplever liten tid med lege, fremmed språk og rask utskrivelse som negativt.

**Konklusjon:** Det vises et forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, informasjonen som blir gitt og dens innhold. Ved å tilpasse informasjonen til den enkelte kan sykepleier bidra til at informasjonsbehovet til pasienten blir ivaretatt.

**Nøkkelord:** Hjerteinfarkt, informasjon, pasient.

## **Summary:**

**Title:** "When the heart fails" - information to patients after a heart attack.

**Background:** In 2013, there were 13,043 registered cases of heart attacks in Norway. In my practical work and as a paramedic, I observed that patients who experienced heart attack received good treatment in the acute phase of the condition, as well as information afterwards. Patient conversation current content deals with reducing risk factors and prevention of heart attack, but it does not improve health and disease coping to patient.

**Aim of this study:** The purpose of this study is to gain increased knowledge about how nurses can attend patient information needs before discharge from hospital. Issue of the study is "What experience patients with heart attack in relation to information and how nurses can meet the information needs of these patients before discharge from the hospital?"

**Method:** This paper is a systematic literature review. The databases CINAHL and Ovid was used when searching for relevant research. The searches used was «myocardial infarction», «daily life», «experience», «men», «information», «patient satisfaction».

**Results:** Through these research articles, it has become evident that patients have a great need for information subsequent a heart attack. Patients experiencing good treatment in the acute phase, but different treatment afterwards and deficient information. Meanwhile it emerges that patients experience little time with the doctor, foreign language and rapid discharge as negative.

**Conclusion:** Reference is room for improvement when it comes to communication between nurse and patient, information provided and its contents. By personalize the information to the individual nurses contributes so that the information needs of patients are taken care of.

**Keywords:** Myocardial infarction, information, patient.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Avgrensning av problemstilling .....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
2	TEORI.....	3
2.1	Joyce Travelbees svar på sykepleie .....	3
2.1.1	Travelbee og kommunikasjon .....	4
2.2	Hva er hjerteinfarkt?.....	4
2.3	Sykepleie til pasienten etter et hjerteinfarkt.....	4
2.3.1	Informasjon .....	4
2.3.2	Kommunikasjon .....	5
2.3.3	Empowerment .....	6
2.3.4	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	6
2.4	Pårørendes informasjonsbehov .....	7
2.5	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	7
3	METODE.....	8
3.1	Definisjon av metode.....	8
3.1.1	Kvalitativ- og kvantitativ metode.....	8
3.2	Litteraturstudie som metode.....	8
3.3	Fremgangsmåten i studien .....	9
3.3.1	Tabell 1- CINAHL .....	11
3.3.2	Tabell 2- Ovid .....	12
3.4	Metodekritikk .....	12
3.4.1	Kildekritikk .....	13
3.4.2	Etiske overveielser med studien .....	14
4	RESULTAT .....	16
4.1	Artikkel 1: «Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study». .....	16
4.1.1	Sammendrag av artikkel .....	16

4.1.2	Kritisk vurdering av artikkel .....	16
4.2	Artikkel 2: «The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction».....	17
4.2.1	Sammendrag av artikkel .....	17
4.2.2	Kritisk vurdering av artikkel .....	18
4.3	Artikkel 3: «A qualitative study of men's experience of myocardial infarction».....	18
4.3.1	Sammendrag av artikkel .....	18
4.3.2	Kritisk vurdering av artikkel .....	19
4.4	Artikkel 4: «Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later».....	19
4.4.1	Sammendrag av artikkel: .....	19
4.4.2	Kritisk vurdering av artikkel .....	20
4.5	Oppsummering av funn .....	20
5	DRØFTING.....	21
5.1	Individ, gruppe eller sykdom?.....	21
5.2	Det første og siste møtet .....	22
5.3	Den tause samtalen .....	25
5.4	Samtale styrker pasienten - også pårørende.....	27
6	KONKLUSJON.....	30
	REFERANSELISTE .....	32
	 VEDLEGG 1: Resultattabell .....	 34-
	36	
	VEDLEGG 2: Artikkel: " <i>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction</i> " .....	37-
	44	

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystsmerter er en vanlig årsak til kontakt med helsevesenet, og skal alltid tas på alvor (Nakstad & Knudsen, 2008, s. 133). I 2013 ble det registrert 13 043 tilfeller av hjerteinfarkt i Norge. 10% av disse pasientene døde innen 30 dager. Hjerteinfarkt rammer både kvinner og menn, der 44% av pasientene som fikk hjerteinfarkt i 2013 var under 77 år (Jortveit et al., 2014). Røyking, lite aktivitet, dårlig kosthold, overvekt og stress er risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt. Familiære faktorer der familiemedlem har opplevd hjerteinfarkt, kjønn og alder er også sett på som risikofaktorer (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s.215). Behovet for informasjon om forebygging, og hvordan en kan handtere livsendringene i etterkant av et hjerteinfarkt, er dermed viktig for befolkningen å ha kjennskap til.

I praksis og i arbeidet som ambulansarbeider har jeg møtt pasienter som har opplevd hjerteinfarkt, både i akutt- og rehabiliteringsfasen. Jeg observerte at pasienter fikk god behandling i akutfasen, noe som også forstås ut ifra Jortveit et al. (2014) sin studie, som viser til at dødsfall etter hjerteinfarkt er liten i forhold til antallet. I etterkant av infarkt fikk pasienter informasjon om tiltak og begrensninger. Netland et al. (2011) viser at pasientsamtalenes nåværende innhold og fokus omhandler redusering av risikofaktorer og forebygging av eventuelle nye hjerteinfarkt, men at en med denne informasjonen ikke er gitt at den bedrer helsen og sykdomsmestringen til pasienten. Dette var noe jeg også opplevde i praksis og savnet med innholdet i informasjonen til denne pasientgruppen, samtidig som den ikke gikk inn på den enkeltes behov og individuelle tilstand. Informasjonen var generell, slik som enhver kan lese på internett, og ikke tilpasset pasienters ulike behov. Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt blir utskrevet fra sykehuset bare etter noen dager, etterlatt til seg selv og eventuelt deres pårørende. Av erfaring fra praksis i hjemmesykepleien opplevde jeg at enkelte pasienter satt igjen med mange ubesvarte spørsmål og at usikkerheten var stor. De følte seg alene, etterlatt til seg selv og sine utfordringer.

På bakgrunn av dette vil jeg i denne studien undersøke hva pasienter opplever i forhold til informasjon som blir gitt etter et hjerteinfarkt, og hvordan sykepleier kan ivareta og bidra til at informasjonsbehovet deres blir fulgt opp, også når de kommer hjem til hverdagen.

## **1.2 Problemstilling**

Hva opplever pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt i forhold til informasjon, og hvordan kan sykepleier ivareta informasjonsbehovet til disse pasientene før utskrivelse fra sykehuset?

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Oppgaven omhandler både kvinner og menn, da hjerteinfarkt statistisk rammer begge kjønn ganske likt. Menn står for 64% (Jortveit et al., 2014). Gjennom søk etter artikler ble det funnet mest forskning- og fagartikler om tema i aldersgruppen 40-75 år. Fokuset er dermed på pasienter innenfor denne alderen. I studien er hovedfokuset på pasienter på sykehus før utskrivelse. Det er også tatt med forskning som sier noe om hvordan informasjonsbehovet til pasienten er i etterkant av infarkt. Årsaken til dette er for å undersøke om informasjonsbehovet blir godt nok dekket før utskrivelsen fra sykehuset. Studien fokuserer på hvilke faktorer som er viktige for pasienten, og deres informasjonsbehov. Pårørende sitt behov også er inkludert, da de er en viktig støttespiller for pasienten.

## **1.4 Begrepsavklaring**

*Empowerment:* Begrepet brukes i denne sammenheng med pasienten som har gjennomgått hjerteinfarkt, og kan oversettes som medvirkning. Pasienten kan delta og medvirke ved sin helse, og sykepleier kan dermed samarbeide med pasienten for å oppnå best mulig behandling (Tveiten, 2012, s.178).



## 2 TEORI

### 2.1 Joyce Travelbees svar på sykepleie

Kommunikasjon, omsorg, og medmenneskelighet er sentralt i møtet mennesker i sårbare situasjoner, slik som sykdom og lidelse. Joyce Travelbee og hennes sykepleieteori ble derfor valgt, da hennes syn på sykepleie har mye til felles med fokuset i denne studien. Hun sier følgende:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee omtaler sykepleie som en mellommenneskelig prosess, da det omhandler mennesker direkte eller indirekte (Travelbee, 1999, s.30). Hun er opptatt av å skape det hun kaller et menneske-til-menneskeforhold. Dette forholdet er definert som erfaringer mellom sykepleier og pasienten sykepleier har omsorg for, og kjennetegner at pasienten og eventuelt pårørende får sine behovene ivaretatt (Travelbee, 1999, s.177). Travelbee legger vekt på at en ikke skal bruke termen sykepleier-pasient-forhold, da hun mener at en ikke når helt frem til hverandre ved å nytte disse begrepene. Det er når en opplever den andre som et menneske at kontakten virkelig oppstår (Travelbee, 1999, s.171).

Det er ulike faser i det å utvikle et menneske-til-menneske forhold, deriblant det første møtet der en observerer og danner seg et førsteinntrykk (Travelbee, 1999, s.186). Neste fase i etablering av dette forholdet er å fremme identitet, se og oppfatte den andre som et individ (Travelbee, 1999, s.188). Videre trekker Travelbee (1999, s.193) frem empatifasen, der en ser og føler den andres opplevelse og forstår den andre parten. Siste fase er sympati og medfølelse, der en føler andres plager og ønsker å hjelpe den som har det vondt (Travelbee, 1999, s.200).

### **2.1.1 Travelbee og kommunikasjon**

Travelbee (1999, s.135) definerer kommunikasjon som «...en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneskeforhold og dermed oppfylle sykepleiers mål og hensikt». I etableringen av et menneske-til-menneskeforhold er kommunikasjon sentralt, men ikke et mål i seg selv. Det er en prosess som en benytter for å nå de mål og hensikt sykepleier har (Travelbee, 1999, s.135). Travelbee sier videre at i sykepleiesituasjonen blir kommunikasjon brukt for å oppnå forandringer, derav påvirke til forandring (Travelbee, 1999, s.138).

## **2.2 Hva er hjerteinfarkt?**

Akutt hjertesykdom er ifølge Jortveit (2014) den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse. Akutt hjertesykdom omhandler blant annet hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (non-STEMI) og hjerteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI) (Eikeland et al., 2010, s.215). Når en person opplever hjerteinfarkt forsnevres koronararteriene som følge av aterosklerose, slik at den ikke lenger kan levere tilstrekkelig med blod til den delen av hjertemuskelen arterien forsyner, non-STEMI, eller at koronararterien blir fullstendig tilstoppet som følge av aterosklerose eller en trombe, STEMI. Dette gir opphør av blod og oksygen til den delen av hjerte som er rammet av infarkt, som fører til iskemi, vevsdød, av hjertemuskelen (myokard) (Ørn & Brunvand, 2011, s.165).

## **2.3 Sykepleie til pasienten etter et hjerteinfarkt**

### **2.3.1 Informasjon**

Å gi informasjon er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver, og er i hovedsak formidling av kunnskap (Eide & Eide, 2007, s.292). Pasienters rett til informasjon er lovpålagt i Pasient- og brukerrettighetsloven (2015), der §3-2 sier at pasienten har rett til informasjon som er nødvendig slik at han kan få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om risiko og bivirkninger som kan oppstå. I helsepersonelloven (2016) §10 kommer det tydelig frem at helsepersonellet skal gi pasientene informasjon i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §3-2.

Når en skal definere begrepet informasjon må en se på ordet å informere, da det har en sammenheng. Å informere vil si å underrette, gi informasjon eller opplysninger om noe til en annen person. Informasjonen kan gis skriftlig i form av brosjyrer og liknende, men bør komme i tillegg til den verbale informasjonen (Eide & Eide, 2007, s.293).

Mæland (2006, s.59) sier at «*pasientens opplevde sykdom er viktigere for rehabiliteringsprosessen enn den medisinsk- objektive sykdommen*». Den opplevde sykdommen er det bildet pasienten danner seg ved sykdom eller en situasjon. Pasienten danner seg dette bildet og en forklaring på hva og hvorfor sykdommen rammet nettopp han, og lager i tillegg en forestilling på hva som kommer til å skje videre (Mæland, 2006, s.59).

I følge Mæland (2006, s.61) ligger hovedtyngden av pasientundervisningen i etterkant av utskrivelse fra sykehuset. Det er når pasientene møter hverdagen de trenger informasjon, da det er her de står overfor utfordringer og valg.

Kristoffersen (2011, s.351) sier at «*læring og endring av atferd foregår best når den som skal lære, er indre motivert!*». En skiller mellom ytre- og indre motivasjon. Ytre motivasjon omhandler til dømes ros fra en person utenfor oss selv, mens når en pasient har indre motivasjon har den ikke behov for ytre motivasjon, da den oppstår inne i oss selv (Kristoffersen, 2011, s.350). Mæland (2006, s.61) sier at informasjonen som en gir til pasienten bør vektlegges de ressursene pasienten har, og dermed forsterkes de.

### **2.3.2 Kommunikasjon**

I følge Eikeland, Haugland & Stubberud (2010, s.219) vil informasjon trygge og berolige pasienten når de opplever stressende situasjoner. Informasjon gis til andre ved hjelp av kommunikasjon, som igjen gis verbalt eller non-verbalt. Verbal kommunikasjon vil si språket vårt og det vi sier, mens non-verbal kommunikasjon er det responderende språket som blant annet omfatter kroppsspråket vårt (Eide & Eide, 2007, s.198). Kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to parter, og betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007, s.17).

I arbeidet som sykepleier brukes kommunikasjonen profesjonelt. Profesjonell kommunikasjon vil si at kommunikasjonen gis til personen som følger av at han trenger, søker eller er henvist og trenger hjelp og assistanse. Profesjonell kommunikasjon kan beskrives som hjelpende kommunikasjon, og har som formål å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette og lindre helse (Eide & Eide, 2007, s.18). Den hjelpende kommunikasjonen fremmer også trygghet og tillitt slik at en ser løsninger på problemer, samtidig som det bidrar til mestring av situasjonen (Eide & Eide, 2007, s.20). En får tillitt til at den hjelpende kommunikasjonen kan føre noe godt med seg, og får dermed en god relasjon samtidig som en får mulighet for støtte og hjelp (Eide & Eide, 2007, s.12).

### **2.3.3 Empowerment**

Empowerment, eller medvirkning, handler om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2012, s.176). Det vil si at pasienten selv er med på å bestemme over egen helse og behandling sammen med sykepleier, og har dermed behov og rett til informasjon. Pasienters rett til medbestemmelse er lovpålagt, og §3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) sier at pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, men skal tilpasses den enkeltes evne til å gi å motta informasjon. Godt samarbeid mellom sykepleier og pasient resulterer i god behandling, da sykepleier er spesialist på det faglige området, mens pasienten er eksperten på seg selv og eget liv (Tveiten, 2012, s.178).

### **2.3.4 Den didaktiske relasjonsmodellen**

Pedagogene Bjørndal og Lieberg har utviklet den didaktiske relasjonsmodellen som er et hjelpemiddel en kan benytte i undervisning. Denne modellen gir oversikt over viktige faktorer en må ta hensyn til, og bidrar til god planlegging når en skal undervise og informere pasienter. Modellen viser også hvordan faktorene påvirker hverandre, hva en må kjenne til, tenke gjennom og hvordan en kan tilrettelegge undervisningen med utgangspunkt i denne modellen (Kristoffersen, 2011, s.359). Det er vanlig å dele modellen opp i disse punktene: deltakerforutsetninger, rammefaktorer, læringsmål, undervisningens innhold, arbeidsmåter og vurdering (Kristoffersen,2011, s.359-363)

## **2.4 Pårørendes informasjonsbehov**

Pårørende er ofte til stede og har behov for kontinuerlig informasjon om den syke, samt videre forløp. Holme (2009) viser at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset og informasjonen de mottar, har stor innvirkning på hvordan de takler rehabiliteringsfasen og den første tiden hjemme etter hjerteinfarkt. Pårørende har behov for informasjon, da også de skal takle hverdagen som kommer. Videre sier Holme (2009) at pårørende føler at de ikke blir sett, som igjen føles sårt. Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) lovfester pårørendes rett til informasjon, der blant annet §3-3 sier at pasienten må samtykke til at informasjon om hans helsetilstand og helsehjelpen som ytes, gis videre til pårørende. Loven sier også at pårørende kan informeres dersom forholdene tilsier det.

## **2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

I følge Nordtvedt (2012, s.11) sier blant annet Aristoteles hva etikk dreier seg om og hvordan en skal leve livet. Rettferdighet, mot, kjærlighet og vennskap blir trukket frem som viktige faktorer. På en arbeidsplass er det ulike mennesker med ulike verdier og holdninger. De yrkesetiske retningslinjene skal være hjelpende og lage et grunnlag for hvordan en skal opptre, i tillegg til forventninger en har til sykepleier. Sykepleier skal opptre forsvarlig og har i oppgave å fremme helse og forebygge sykdom. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har som formål at all sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for pasienten. I tillegg skal en ha respekt for den enkeltes liv og verdighet, og forholder seg til lovverket som regulerer tjenesten (NFS, 2014).

## **3 METODE**

### **3.1 Definisjon av metode**

Vilhelm Aubert definerer metode som: «...en fremgangsmåte, et hjelpemiddel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2012, s. 111).

Når en skal undersøke og skaffe ny kunnskap om et bestemt tema brukes metode som et redskap for å samle inn data og informasjon (Dalland, 2012, s.112). Dalland (2012, s.114) beskriver også metode som å følge en bestemt vei mot et mål.

#### **3.1.1 Kvalitativ- og kvantitativ metode**

Kvalitativ- og kvantitativ metode brukes når det skal samles inn data og informasjon. Forskjellen på disse metodene er hvordan dataen blir samlet inn, og metoden velges ut fra spørsmålet en vil ha svar på. Kvantitativ metode gir data i målbar form, blant annet statistikk, og kan samles inn ved hjelp av spørreskjema. Kvalitative metode benyttes dersom en vil samle inn meninger og erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles, og kan gjennomføres i form av intervju (Dalland, 2012, s. 112-113). I denne studien er både kvalitative og kvantitative artikler inkludert, da de kvalitative tar for seg det subjektive som personlige erfaringer, og de kvantitative det objektive som omhandler målinger og statistikker. Begge metodene er relevante for å svare på studiens problemstilling.

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

I denne oppgaven brukes systematisk litteraturstudie som metode. Systematisk litteraturstudie er definert av Mulrow og Oxman som «att den utgår från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematisk gjennom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning» (Forsberg & Wengström, 2013, s.27). En forutsetning for å gjennomføre et systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet, som er relevante, samtidig som det kan besvare problemstillingen i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-27).

Ved gjennomførelsen av et systematisk litteraturstudie, arbeider en seg gjennom en prosess som inneholder flere trinn. Første trinn er å lage en problemformulering. Samtidig må problemformuleringen kunne besvares ved hjelp av litteratur. Videre lages en plan for studiens forløp, en bestemmer søkeord og lager en søkestrategi for hvordan søk etter artikler skal utføres. Deretter identifiseres og velges litteratur, som vitenskapelige artikler. Artikkene blir videre kritisk vurdert og kvalitetssikret ved hjelp av sjekklister, før de blir inkludert. På bakgrunn av dette velges litteratur som en vil inkludere i studien. Videre analyseres og diskuteres funnene ut i fra de kvalitetsikrede artikkene. Som et resultat av disse trinnene kommer en da til en konklusjon (Forsberg & Wengström, 2013, s.31-32).

### **3.3 Fremgangsmåten i studien**

I søk etter forskningsartikler ble høgskolens helsefaglige databaser brukt. Det ble utført søk i databasene SveMed+, CINAHL og Ovid. Etter flere søk i databasene ble CINAHL og Ovid brukt, da disse databasene gav mest relevante artikler i forhold til temaet i denne studien.

For å finne relevante søkeord, ble ordnett brukt til å oversette søkeord til engelsk. Søkeord som ble brukt var «myocardial infarction», «daily life», «experience», «men», «information», «patient satisfaction».

Ved søk i databasen CINAHL ble det utført enkeltsøk på de ulike søkeordene. Søkeordene ble deretter satt sammen ved hjelp av «AND», noe som resulterte i færre treff, samtidig kom det frem mer relevante artikler i forhold til tema. I det første søket ble «myocardial infarction» «AND» «daily life» brukt. For å finne forskning av nyere kvalitet ble søkene avgrenset, publication date 2005-2015 og full text. Det kom opp 12 artikler, der nummer 2 «*Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later*» ble valgt.

Videre ble det gjort enkeltsøk på søkeordet «experience», som ble kombinert med «myocardial infarction» ved hjelp av AND. Det ble utført enkeltsøk på søkeordet «men», som ble kombinert med søkeordene overfor med AND. Søket ble avgrenset med publication date 2005-2015 og full

text, som gav 26 treff. Artikkelen nummer 5 ble valgt, “*A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction*”.

Det ble søkt videre i CINAHL med enkeltsøk på søkeordet «information». Det ble kombinert med «myocardial infarction» ved hjelp av AND, og avgrenset med publication date 2005-2015 og full text. Resultatet gav 193 treff, og nummer 12 i listen, artikkelen «*Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study*» ble valgt.

Søk etter artikkel i Ovid ble utført ved enkeltsøk på søkeordene «myocardial infarction», «nursing» og «information», og videre kombinert med AND. Det gav 26 treff, og artikkel nummer 9 ble valgt «*The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*». Denne artikkelen var ikke mulig å laste opp som full tekst i databasen. Ut i fra artikkelens sammendrag, ble den vurdert som aktuell for oppgavens tema, og bestilt via HSH sitt bibliotek (se vedlegg 2).



### 3.3.1 Tabell 1- CINAHL

Søk i CINAHL 10.Januar.2016

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)	Artikkel som ble valgt
S1	Myocardial infarction		29 899	
S2	Daily life		15 431	
S3	S1 AND S2	Full text, Publication date 2005-2015	12	« <i>Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later</i> » Nummer 2 i listen
S4	Experience		148 599	
S5	S1 AND S4		909	
S6	Men		81 565	
S7	S5 AND S6		167	
S8	S7	Full text, Publication date 2005-2015	26	“ <i>A qualitative study of men's experience of myocardial infarction</i> ” Nummer 5 i listen
S9	Information		241 625	
S10	S1 AND S9		1571	
S11	S10	Full text, Publication date 2005-2015	193	« <i>Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study</i> » Nummer 12 i listen

### 3.3.2 Tabell 2- Ovid

Søk i Ovid 26.Januar 2016

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit)	Resultat (antall)	Artikkel som ble valgt
S1	Myocardial infarction/		76031	
S2	Exp nursing/		119 662	
S3	Information.mp.		648 199	
S4	S1 AND S2 AND S3		26	« <i>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction</i> » Nummer 9 i listen

(Se vedlegg 2).

### 3.4 Metodekritikk

Metodekritikk vil si å vurdere om metoden som ble nyttet i studien var den riktige, og er et redskap til å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s.115). Metodevalg påvirker kvaliteten på undersøkelser, samt om en kan stole på resultatet (Busch, 2013, s.61).

Det er i denne studien benyttet systematisk litteraturstudie som metode. Forsberg og Wengström sine faser er fulgt i gjennomførelsen. Metoden er benyttet i henhold til retningslinjene for oppgaven. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er inkludert i denne studien, og er med å besvarer problemstillingen ved å få frem både objektive og subjektive opplevelser ved informasjon til pasienter etter hjerteinfarkt. Artikkene som er inkludert i studien er alle kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra kunnskapsbasertpraksis.no. Den kritiske vurderingen er tatt med under hver artikkel da dette gir mer oversikt, og kan sees under resultat.

### 3.4.1 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å forholde seg kritisk til kildemateriell en har benyttet i en oppgave, samt hvilke kriterier en har benyttet i valget. En skal benytte seg av relevant litteratur og kilder for å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s.72-73).

Oppgavens tema ble bestemt tidlig i studiet. Da problemstillingen var ferdigstilt, startet søk etter relevante artikler i skolens databaser. I prosessen ble problemstillingen forandret, da den ble for omfattende. Dersom jeg hadde blitt oppmerksom på dette tidligere kunne jeg brukt mer tid på å søke etter relevante artikler. Da den nye problemstillingen var klar, startet søk etter artikler. For å finne relevante søkeord ble ordnett brukt som en ressurs. Det ble utført søk i ulike databaser og artiklene som ble inkludert i denne studien er valgt ut i forhold til kriterier som blant annet søkeordene gav. Det ble også brukt begrensninger i søkene, derav årstall og full tekst, for å finne nyere forskning. Alle artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra kunnskapsbasertpraksis.no. Artikkelsøkene gav mest resultat om kvinners opplevelse. Søkeordet «men» ble dermed benyttet for å finne studier om deres erfaringer.

Artikkelen «*Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later*» ble inkludert i denne studien selv om den omhandler pasienter fem år etter hjerteinfarkt. Den viser hvordan informasjonen har påvirket pasientene i etterkant, og om den var tilstrekkelig. Det er tatt med artikler som sier hva pasienten opplever i forhold til informasjonen som blir gitt, og hva pasientene ser på som viktig informasjon. Dette er noe som styrker oppgaven og besvarelsen av problemstillingen.

Det ble funnet en relevant artikkel i databasen Ovid som ikke var tilgjengelig i full tekst. Den ble bestilt via HSH sitt bibliotek (se vedlegg 2). Dette svekker ikke oppgaven, da artikkelen er av god kvalitet i forhold til sjekklisten.

Det ble funnet teori om hjerteinfarkt og informasjon i pensum og annen tilgjengelig litteratur på biblioteket. Primærlitteratur er i hovedsak benyttet i denne studien. Sekundærlitteratur ble benyttet til å finne relevant litteratur, og ble funnet som primær ved hjelp av kilder. Det ble også funnet fagartikler som er relevante til tema, som er inkludert i studien. Etter å ha lest om de ulike

sykepleieteoretikerne falt valget på Joyce Travelbee, da hun i sin teori har fokus på å etablere et menneske-til-menneskeforhold mellom pasient og sykepleier. Teorien sier også en del om kommunikasjon dem imellom. Videre vil det påpekes at jeg er fornøyd med studiens resultat, og at artiklene som er inkludert belyser oppgavens tema og problemstilling.

### **3.4.2 Etiske overveielser med studien**

I følge Dalland (2012, s. 96) omhandler etikk normer for god og rett livsførsel og kan veilede en slik at en vurderer før en handler. Dalland (2012, s.94) sier videre at «*Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre*».

Etiske utfordringer kan oppstå i alle fasene med et studie, og etisk overveielse bør gjøres før en starter arbeidet med et systematisk litteraturstudie (Dalland, 2012, s.96). Når en skal velge studier som skal inkluderes i oppgaven, er det viktig at de er godkjent av forskningsetisk komite. Dalland (2012, s.98) påpeker at all forskning som omhandler mennesker skal søkes om forhåndsgodkjenning hos REK, regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Dette skal ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning.

Dalland (2012, s.101) påpeker videre viktigheten med å verne om pasientopplysninger, som vil si opplysninger som gjør at en kan knytte de opp til en bestemt person, og dermed gjenkjenne vedkommende. Pasientopplysningene skal anonymiseres og taushetsplikten skal holdes (Dalland, 2012, s.102-104). Personer i studier skal også samtykke til deltakelse, noe som blant annet krever informasjon om hva studiens hensikt er. En kan da bestemme om en vil delta eller ikke (Dalland, 2012, s.105).

Av artiklene som er inkludert i denne studien er tre av fire etisk godkjent. I artikkelen «*A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction*» ble det ikke funnet direkte avsnitt som oppga at den var etisk godkjent. Den ble tatt med i denne studien da den viser at deltakerne i studien ble invitert til å delta og fikk informasjon om studiens hensikt. De som ville delta i studien kunne dermed melde interesse, og er anonymisert.

Det er lagt vekt på unngåelse av plagiat i denne studien, da det å utgi andres arbeid som sitt eget blir regnet som fusk (Dalland, 2012, s. 80). Alle kilder som er benyttet i denne studien er referert til og gjengitt i litteraturlisten.

## **4 RESULTAT**

### **4.1 Artikkel 1: «Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study».**

#### **4.1.1 Sammendrag av artikkel**

Hensikten med studien til Smith og Liles er å utforske informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, før utskrivelse fra sykehuset. Den ble publisert i Journal of Clinical Nursing i 2006, og er en kvantitativ studie. Det ble gjennomført intervju av pasientene før utskrivelse for å kartlegge hva pasientene anså som viktig informasjon etter hjerteinfarkt. Sammen med sykepleiernes erfaring, ble dette satt sammen til et spørreskjema. Spørreskjemaet ble presentert i form av 40 tema, der pasientene skulle rangere fra 1-5 viktigheten med informasjon om disse temaene. Temaene omfattet blant annet medikament, komplikasjoner, symptomer og behandling. Studien inkluderer 20 pasienter, 17 menn, tre kvinner, med gjennomsnittsalderen 65-70 år. Ti av pasientene var pensjonert.

Resultatene i studien viser at informasjon om medikamenter, komplikasjoner og fysisk aktivitet ble ansett som viktigst. Det kommer frem i studien at eldre pasienter og pensjonister har et større informasjonsbehov, og har behov for informasjon om andre tema enn de yngre pasientene. Samtidig viser studien at informasjonen må tilpasses den enkeltes behov og nivå i rehabiliteringen, samt deres evne til å forstå informasjonen som blir gitt.

#### **4.1.2 Kritisk vurdering av artikkel**

Hensikten med studien kommer tydelig frem, da en vil utforske informasjonsbehovet til pasienter i etterkant av hjerteinfarkt, før utskrivelse fra sykehuset. Det kommer tydelig frem hvordan deltakerne ble valgt ut, samt inkluderingskriterier for å delta. Studien er kvantitativ og den er kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra kunnskapsbasertpraksis.no. Studien bruke spørreskjema som er utarbeidet i etterkant av intervju med deltakerne, noe som bidrar at temaene i spørreskjemaet er i tråd med hva pasientene selv mener de trenger informasjon om. Resultatene

kommer godt frem i studien, der det legges vekt på at informasjonen må tilpasses den enkeltes behov. Studien er relevant for å svare på problemstillingen i denne oppgaven, og er dermed inkludert.

## **4.2 Artikkel 2: «The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction».**

### **4.2.1 Sammendrag av artikkel**

Denne artikkelen er skrevet av Kjersti Oterhals, Berit R. Hanestad, Geir E. Eide og Tove A. Hanssen, og ble publisert i European Journal of Cardiovascular Nursing i 2006. Artikkelen er kvantitativ og har tverrsnittsstudie som studiedesign. Hensikten med studien er å utforske og beskrive forholdet mellom mottatt informasjon, og tilfredshet med helsevesenet hos pasienter etter et hjerteinfarkt. I tillegg vil studien beskrive områder for forbedring. Fra 2001 til 2003 ble pasienter på Haukeland Universitetssykehus som nylig hadde gjennomgått hjerteinfarkt, kunne snakke og lese norsk invitert til å være med i studien. Pasienter med tilleggssykdommer som kreft, bypass opererte eller pasienter som ble overflyttet til andre sykehus for videre behandling, ble ekskludert fra studien. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 61.6 år, og begge kjønn ble inkludert. Det ble samlet inn data om 130 pasienter før utskrivelse fra sykehuset. Seks uker etter utskrivelse mottok deltakerne to standardiserte spørreskjema de skulle besvare. Det ene omhandlet informasjon mens det andre pasienterfaringer. Av de 130 som ble invitert til å delta, returnerte 111 personer (85%) spørreskjemaet, og ble inkludert i studien.

Resultatet av studien viser at pasientene fikk mest informasjon om røyking, hva et hjerteinfarkt er og årsaker til hjerteinfarkt. Det vises også at 28% av pasientene savnet informasjon ved utskrivelse, 23% savnet informasjon da de kom hjem. Det kommer frem i studien at jo mer informasjon pasienten fikk, jo mer fornøyd var de med sykehusoppholdet. Samtidig bedret det evnen til å mestre tilstanden hjemme. De yngre pasientene opplevde manglende informasjon etter utskrivelsen, på tross av at denne aldersgruppen oppga at de mottok mest informasjon på sykehuset. Studien viser til slutt at det er nødvendig å undersøke den nåværende tilbudet av informasjon på sykehuset, samt opplæring til pasienter etter hjerteinfarkt.

#### **4.2.2 Kritisk vurdering av artikkel**

Denne studien er kvantitativ og har tverrsnittsstudie som design. Artikkelen er kritisk vurdert, og på bakgrunn av det sees den på som av god kvalitet. Studiens hensikt er klar. Det blir lagt frem hva pasientene opplever som viktig informasjon etter et hjerteinfarkt. Det kommer frem at jo mer informasjon pasienten fikk, jo mer tilfredsstilt var de med sykehusoppholdet. 28 % av pasientene savnet informasjon før utskrivelse, noe som viser til at en må se på den nåværende informasjonen som blir gitt før utskrivelse. Artikkelen er tatt med i denne studien, da den er relevant for å besvare problemstillingen.

### **4.3 Artikkel 3: «A qualitative study of men's experience of myocardial infarction».**

#### **4.3.1 Sammendrag av artikkel**

Denne artikkelen er skrevet av Jane Margaret Hutton og Sarah Jane Perkins, og ble publisert i *Psychology, Health and Medicine*, i 2008. Studien er kvalitativ og tar for seg opplevelsen og erfaringene menn har etter hjerteinfarkt. 10 menn deltok i studien, alle var over 40 år og hadde gjennomgått hjerteinfarkt innen de seks siste månedene. Det ble gjennomført intervju av deltakerne, samt oppfølgingssamtale to måneder etter intervjuet. Funntilbud i studien viser at flesteparten av mennene opplevde hjerteinfarkt som et sjokk. Mange var usikre, engstelige for å overdrive og presse kroppen. Pasientene følte seg eldre og et fåtall følte seg bedre etter hjerteinfarkt. Det var ulikt om mennene så på rehabiliteringsprogram i grupper som en fordel eller ulempe. Programmer i grupper var på et generelt nivå og ikke lagt opp til den enkeltes behov. Dette sees på som negativt i studien, og som et forbedringspotensial i resultatdelen.

Sinne og frustrasjon var noe deltakerne i studien opplevde. Noen ville snakke om situasjonen, andre ikke. Erfaringer deltakerne hadde i etterkant av hjerteinfarkt var at de mottok god behandling i den akutte fasen. Det negative med sykehusoppholdet var rask utskrivelse, for mange ulike behandlere, liten tid med lege, og mangelfull informasjon.



### **4.3.2 Kritisk vurdering av artikkel**

Dette er en kvalitativ studie som ble publisert i *Psychology, Health and Medicine*. Artikkelen er tatt med i oppgaven da den ansees for å være sykepleierelevant. Formålet med studien kommer klart frem, og tar for seg opplevelse og erfaringer menn har etter et hjerteinfarkt. Studien er ikke etisk godkjent av komite, men det oppgis klart hvordan en har gått frem for å skaffe deltakere, pasientene fikk god informasjon, i tillegg er de anonymisert. Ti menn deltok i studien, og det ble gjennomført intervju av deltakerne, samt en oppfølgingssamtale to måneder etter intervjuet. Det kommer frem at flestparten av mennene opplevde hjerteinfarkt som et sjokk. Lite tid med lege og mangelfull informasjon sees som negativt. Artikkelen blir ansett som av god kvalitet på bakgrunn av sjekklisten, samtidig som den passer til tema i denne studien.

## **4.4 Artikkel 4: «Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later».**

### **4.4.1 Sammendrag av artikkel:**

Artikkelen er skrevet av Annica Sjöström-Strand, Bodil Ivarsson og Trygve Sjöberg, og ble publisert i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* i 2010. Studien er kvalitativ, og hensikten er å undersøke hvordan kvinne ser på sin helse i etterkant av et hjerteinfarkt. Studien er basert på erfaringer, oppfattelse, samt forståelsen til deltakerne, og inkluderer 12 kvinner. Det ble gjennomført intervju av deltakerne som viser at kvinnene har fysiske og psykiske utfordringer i etterkant av infarkt. De fleste kvinnene i studien var engstelige, redde for nye hjerteinfarkt og døden. Kvinnene stolte ikke lenger på kroppen sin, noe som hindret dem i å fortsette livet slik som før. Kun et fåtall av kvinnene så på det å ha gjennomgått hjerteinfarkt som en ny sjanse, og var takknemlige for livet. Studien viser at kvinnene ble behandlet ulikt da de søkte informasjon fra helsepersonell i etterkant av infarkt. De følte helsepersonellet ikke tok dem på alvor. Det kommer også frem at leger og sykepleiere snakket et språk pasienten ikke forstod, noe som resulterte i at behovet for støtte og hjelp ikke ble tilfredsstillt.

#### **4.4.2 Kritisk vurdering av artikkel**

Dette er en kvalitativ studie og det ble benyttet sjekklister for å kritisk vurdere artikkelen. Studien blir vurdert som relevant for denne oppgaven, samt god på bakgrunn av sjekklisten. Formålet med studien kommer godt frem. Metoden som er brukt er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen, da en vil finne ut hva pasientene sine erfaringer og opplevelser er etter et hjerteinfarkt. Innsamling av data ble gjennomført i form av intervju, og forskerne fremstiller svar og resultat av det kvinnene oppgir på en god måte. Det er tatt med direkte sitater, noe som gjør studien mer troverdig. Resultatet i studien viser at flere var engstelige for å oppleve nye hjerteinfarkt og var usikre. Noen kvinner følte de ikke ble tatt på alvor da de søkte hjelp, og fikk dermed ikke den støtten de hadde behov for. Denne studien blir ansett som svært relevant for denne oppgaven, da informasjon er sentralt for disse kvinnene.

#### **4.5 Oppsummering av funn**

Funn i artiklene viser at flere pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har fysiske og psykiske utfordringer i etterkant av infarkt. Det kom som et sjokk på mange, og kun et fåtall så på hjerteinfarkt som en ny sjanse. Det kommer frem at pasienter ble tatt godt vare på i akutfasen, men at de i etterkant ble behandlet ulikt. Mangelfull informasjon, liten tid med helsepersonellet, ulike behandlere, rask utskrivelse fra sykehuset og informasjonen som ikke var tilpasset den enkelte, ble sett på som negativt. Det ble også brukt et språk pasienten ikke forstod når informasjonen ble formidlet. Pasienter som hadde behov for støtte og informasjon i etterkant av utskrivelse, følte de ikke ble tatt på alvor da de kontaktet helsevesenet, og ble behandlet ulikt. Dette resulterte i at flere ikke fikk den støtten og hjelpen de hadde behov for. Informasjon som pasientene blant annet oppgir som viktig etter et hjerteinfarkt er medikamenter, fysisk aktivitet, symptomer og behandling av hjerteinfarkt.

## 5 DRØFTING

Hva opplever pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt i forhold til informasjon, og hvordan kan sykepleier ivareta informasjonsbehovet til disse pasientene før utskrivelse fra sykehuset?

### 5.1 Individ, gruppe eller sykdom?

Studien til Strand et al. (2010) viser at pasienter ble behandlet ulikt da de søkte informasjon i etterkant av et hjerteinfarkt. Pasienter frykter nye hjerteinfarkt, er urolige og engstelige er i tiden etter hjerteinfarkt (Strand et al., 2010). De skal tilegne seg ny kunnskap og blir «tvunget» til å endre livsstilen. På bakgrunn av dette trenger pasienten å bli sett, samtidig som de har behov for helsehjelp. For at sykepleier skal kunne formidle kunnskap, gi omsorg og trygghet, kreves det god kontakt mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1999, s.177) er opptatt av å skape et menneske-til-menneskeforhold. Forholdet kjennetegner at pasientens og eventuelt pårørendes behov blir ivaretatt. Det er ikke sagt at dette forholdet oppstår mellom pasienten og sykepleier, men at det gjennom en prosess kan opprettes.

I det første møtet danner sykepleier og pasienten et førsteinntrykk av den andre, som er en av fasene på veien mot et menneske-til-menneskeforhold (Travelbee, 1999, s.186). Allerede før sykepleier møter pasienten kan dette forholdet være svekket. I studien til Strand et al. (2010), uttrykker pasienter at de ble behandlet forskjellig, og ikke alltid tatt på alvor. Samtidig fikk de mangelfull informasjon fra helsepersonell, noe som igjen gjorde at usikkerheten deres ble forsterket. Dersom sykepleier ser på pasienten som en del av en gruppe, kan også dette føre til at de blir møtt ulikt. Travelbee (1999, s.171) hevder at en ikke skal bruke termen sykepleier-pasientforhold når sykepleie forholder seg til pasienten, da det er når en *opplever* den andre som et menneske kontakten mellom dem virkelig oppstår. Dersom sykepleier danner seg en oppfatning av pasienten før det første møtet, ser hun gjerne pasienten som en sykdom, ikke som individet bak. Å bli omtalt som «seng 1, rom 305», viser at pasienten ikke blir sett på som et individ, men som en arbeidsoppgave. På en annen side bruker en gjerne denne omtalen, da det anonymiserer og bidrar til at sykepleier ikke bryter taushetsplikten i diskusjon med kolleger og andre pasienter

på avdelingen. Samtidig må en i møtet med pasienten henvende seg med navn, ikke sengen han ligger i.

Mæland (2006. s.59) sier at fokuset skal ligge på pasientens opplevde sykdom, ikke den medisinsk- objektive sykdommen. Dersom sykepleier henger seg opp i det medisinske, og ikke hva pasienten selv føler og tenker, kan det resultere i at behovene deres ikke blir ivaretatt. Jeg har selv møtt pasienter som føler seg som «en av alle» som opplever hjerteinfarkt. De blir stereotypisert, og dermed ikke sett på som et individuelt individ. Sykepleier har gjerne tanker, på bakgrunn av andre pasientsituasjoner, om hvilke følelser og behov pasienten har i etterkant av hjerteinfarkt. Samtidig kan en ikke vite dette med sikkerhet, da ingen opplever sykdom eller lidelse likt, og har ulike behov.

Fysiske og psykiske utfordringer er noe pasienter møter etter et hjerteinfarkt (Strand et al., 2010). Pasienten har behov for informasjon før utskrivelse fra sykehuset, og det er sykepleierens oppgave, i samråd med lege, å gi denne informasjon. Pasienter som er godt forberedt vil kunne mestre utfordringene som kan oppstå i hverdagen. Samtidig vil informasjon bidra til å trygge pasienten i stressende situasjoner (Eikeland et al., 2010, s.219). Sykepleier har i oppgave å fremme helse og forebygge sykdom, samtidig som en skal vise omsorg og respekt for pasienten, og dens enkeltes liv og verdighet (NFS, 2014). Pasienten skal ikke behandles ulikt. Jeg mener at dersom det oppleves, kan dette skyldes helsepersonellet som møter dem. Ingen sykepleier er lik, og det er ulikt hvordan deres evne til å møte pasienten er, vise empati og medfølelse. Samtidig kan det også ha sammenheng med krav og forventninger pasienten selv har til sykepleier, da ingen pasienter er like.

## **5.2 Det første og siste møtet**

Tidlig utskrivelse og ulike behandlere, er noe pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt opplever som negativt (Hutton & Perkins, 2008). Jeg har selv erfart at tidlig utskrivelse gjør det utfordrende for sykepleier å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og fremme trygghet. Det første møtet er gjerne det siste. Pasienten kan oppleve at de blir behandlet og nærmest kastet hjem, uten at de selv føler seg klar. Samtidig kan dette gjøre det vanskelig for sykepleier å nå inn til den enkelte pasient, noe som igjen gjør at det å opprette et menneske-til-menneskeforhold blir

utfordrende. Men på den andre siden – ikke umulig. Å trygge pasienten samtidig som en skal gi omsorg, blir også vanskelig når de har et kort opphold på sykehuset. På en side er det positivt at pasienten kommer tilbake til hverdagen igjen på et tidlig tidspunkt, da det er når de kommer hjem de virkelig får utfordret seg selv. På en annen side kan det bidra til både fysiske og psykiske problemer i etterkant, slik som studien til Strand et al. (2010) viser til. Informasjonen som er gitt før sykehusutskrivelsen har mye å si for hvordan pasienten takler tiden hjemme. Sykepleier kan også sitte igjen med følelsen av å ikke ha gjort en god nok jobb, samtidig som en ønsker å bidra mer.

Studien til Hutton & Perkins (2008) viser at pasienter opplevde mangelfull informasjon etter hjerteinfarkt. Hva som ligger i begrepet mangelfull informasjon kan diskuteres, og er igjen individuelt fra person til person. Informasjon vil si å underrette eller gi informasjon eller opplysninger til en annen person (Eide & Eide, 2007, s.293). Informasjonen som i dag blir gitt til pasienter ved sykdom, kan sees som generell eller standardisert. Kristoffersen (2011, s.352) hevder at informasjon som gis til alle uten noen form for individualisering eller tilpassing, kan minne om en bruksanvisning. Erfaringer jeg har viser at det er ulikt hvordan en person takler sykdom, samt hva den enkelte trenger kunnskap om. Studien til Smith og Liles (2006) støtter dette, og viser at informasjonen må tilpasses den enkeltes behov, nivå i rehabiliteringen, og deres evne til å forstå informasjonen som blir gitt. Jeg forstår på en måte at det er riktig å gi lik informasjon til pasienten, da det ikke fører til ulik behandling. Men på en annen side kan den standardiserte informasjonen føre til at pasienten ikke føler de blir tatt på alvor, og ikke blir forstått. Dette kan igjen resultere i at pasienten opplever informasjonen som mangelfull. Det er samtidig ikke gitt at pasienten forstår informasjonen som blir formidlet, og at den ikke er relevant for dem.

I møtet med pasienten kan en nytte den didaktiske relasjonsmodellen som et verktøy eller hjelpemiddel når en skal formidle informasjon. Modellen tar opp viktige faktorer en må ta hensyn til (Kristoffersen, 2011, s.359). Pasienten har rett på informasjon ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2015), og modellen kan være til hjelp når en skal forberede informasjonen. Hva den enkelte pasient har behov for av informasjon, sees ut fra kunnskapen de har og hva de trenger å lære for å mestre sin situasjon (Kristoffersen, 2011, s.359). Smith og Lies (2006) viser

at informasjonsbehovet er ulikt i forhold til alderen til pasienten. Jeg har selv erfart at eldre pasienter har et større informasjonsbehov enn de yngre. Det er også ulikt hvilke tema informasjonen skal omhandle. Hvor i livet den enkelte pasienten er, og hva han ser på som viktig, er noe sykepleier må ta hensyn til. Det er ikke nødvendig med informasjon om røykeslutt til en pasient som ikke røyker. Informasjonen må dermed omhandle tema som er tilpasset dem. På den måten legger en informasjonen til rette for den enkelte og dens behov.

Studien til Smith og Liles (2006) viser at pasienter, ved hjelp av spørreskjema, oppga informasjon om medikamenter, komplikasjoner og fysisk aktivitet som viktigst. Det er ikke dermed sagt at disse temaene er sentrale for alle pasienter etter hjerteinfarkt, men jeg mener at dette er en mulig løsning som en kan bruke for å kartlegge de individuelle temaene som opptar den enkelte. Det viktig å huske på at pasienten er ekspert på seg og sitt liv, mens sykepleier er spesialist på det faglige. Pasienten har medbestemmelsesrett når det kommer til egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Medbestemmelsen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Tveiten, 2012, s.178). Ved hjelp av kartlegging av hva pasienten anser som viktig informasjon, kan han bidra og dermed medvirke i sin situasjon når det kommer til hva informasjonsbehovet hans er. Dette kan resulterer i godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, og samtidig god behandling (Tveiten, 2012, s.178).

Valg av sted for hvor informasjonen til pasienten skal gis spiller også en rolle, og en kan benytte enerom eller fellesrom (Kristoffersen, 2011, s.360). Av erfaring kan det å bruke enerom og sette frem kaffe, gjøre omgivelsene trygge. Samtidig viser sykepleier empati og sympati, som er en del av det å oppnå et menneske-til-menneskeforhold (Travelbee, 1999, s. 193 & 200). Fordelen jeg ser med enerom er at det er private og en slipper å ta hensyn til andre. På en siden kan det føles mer formelt for pasienten når en er under fire øyner. Men på den andre siden er det her lettere å snakke om følelser og private spørsmål. Ved formidling av informasjonen i grupper eller på pasientrom der det er flere til stede, må en også ta hensyn til lov om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 2016). Pasienten har ikke taushetsplikt, og i samtale kan en «glemme» at det er andre tilstede i rommet. Da hjelper det lite med en «tøygardin» mellom. På en side kan pasienter bruke hverandre som støtte, diskutere sykdom og rehabiliteringen. På den andre siden

er det pasienter som ikke vil at andre skal vite noe om en, og vil holde sin helse og sykdom for seg selv.

Informasjonen kan også gis i grupper, med felles undervisning. Studien til Hutton & Perkins (2008), viser at det er ulikt om pasienter ser på rehabiliteringsprogram i grupper som en fordel eller ulempe. Det oppleves negativt at programmene er på et generelt nivå, og ikke tilpasset den enkelte. Dette kan også gjelde informasjon som blir gitt i grupper. På en side kan det være godt for pasienten å snakke med andre i samme situasjon, høre deres erfaringer og dermed ha noen de kan støtte seg til. På den andre siden kan de ha nok med seg selv. Informasjon sykepleier gir pasienten skal bidra til at de danner seg et realistisk bilde av hva som skal skje videre, noe som kan bli svekket dersom en hører på andre og deres utfordringer. Dette viser at informasjon er viktig allerede fra starten av, slik at pasienten ser realistisk på situasjonen (Mæland, 2006, s.59).

### **5.3 Den tause samtalen**

I studien til Hutton & Perkins (2008) kommer det frem at noen pasienter vil snakke, andre ikke. Det er svært individuelt hvordan pasienter reagerer når de opplever sykdom, noe sykepleier må ta hensyn til. Jeg har selv møtt pasienter som ikke vil snakke, men det er ikke dermed sagt at de ikke skal informeres. Pasienten har rett på informasjon ifølge pasient-og brukerrettighetsloven (2015),

§ 3-2. Selv om de ikke stiller spørsmål og virker uinteressert i informasjonen som blir gitt, har helsepersonell plikt til å gi informasjon (Helsepersonelloven, 2016). Flere faktorer kan spille inn, deriblant at det pasienten har gjennomgått ikke har gått opp for han. Samtidig vet de gjerne ikke hva de trenger informasjon om når samtalen føres. Dette kan resultere i en monolog – en taus samtale.

I samtale med pasienten brukes kommunikasjon som hjelpemiddel til å formidle informasjonen videre. Travelbee (1999, s.135) definerer kommunikasjon som «...en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneskeforhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt». Kommunikasjon er noe en bruker hver dag, privat og i arbeid. Kommunikasjonen gis verbal eller non-verbal, der non-verbal kommunikasjonen omfatter blant

annet kroppsspråket (Eide & Eide, 2007, s.198). Hvordan sykepleier opptrer når vi entrer rommet, hva kroppsspråket viser i møtet, samtidig hvordan en opptrer i samtalen, sier mer enn ord. Travelbee (1999, s193) trekker frem empati, der en ser og føler den andres opplevelse som viktige i møtet med mennesket. Samtidig viser hun til at sympati og medfølelse, der en føler den andres plager og ønsker å hjelpe den som har vondt, også må være til stede slik at en oppnår et menneske-til-menneskeforhold (Travelbee, 1999, s.200). Sykepleier viser, i sin måte å opptre på, gjennom berøring, uttrykk og stillhet, at en bryr seg om den andre, samtidig som en ønsker å hjelpe. Det er ikke alltid den verbale samtalen som er viktigst. Av erfaring fra praksis har jeg sett at kroppsspråk og berøring kan si mer enn ord. Samtidig kan non-verbal kommunikasjon gi uttrykk for at en ikke bryr seg, Det er kun en arbeidsoppgave sykepleier skal utføre. Pasienter kan da oppleve at sykepleier ikke er der for dem, og menneske-til-menneskeforholdet er ikke til stede.

Kristoffersen (2011, s.351) viser til at læring og endring av atferd foregår best når pasienten er indre motivert. Mæland (2006, s.61) sier at informasjon som gis til pasienten, bør vektlegges den enkeltes ressurser, og dermed forsterkes disse. Dersom pasienten er motivert for forandring i etterkant av hjerteinfarkt, og ressursene deres vektlegges, kan det bidra til at motivasjonen forsterkes. På den andre siden, dersom pasienten er umotivert og har en oppfatning av at livet er over, kan denne jobben bli vanskelig. Sykepleier kan motivere pasienten uten at det har noe effekt på han, og dermed blir heller ikke målet med informasjonen nådd. Pasienten blir gjerne innesluttet og viser ingen interesse for det sykepleieren prøver å formidle. Samtidig blir samtalen mellom sykepleier og pasient vanskelig og gjerne enveis, noe jeg selv har erfart i praksis.

Sykepleier bruker i sitt arbeid kommunikasjonen profesjonelt, og kan beskrives som hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s.18). I møtet med pasienten brukes denne kommunikasjonen for å fremme, gjenopprette og lindre helse. Informasjon gis til personen som følge av at han eller hun trenger, søker eller er henvist og trenger hjelp og assistanse (Eide & Eide, 2007, s.18). Språket sykepleier bruker i kommunikasjonen er sentralt. Studien til Strand et al. (2010) viser at pasienter opplevde språket helsepersonell snakket som fremmed, som igjen resulterte i mangel på støtte og hjelp. I utdanningen har vi lært å bruke latinske ord når vi omtaler



sykdom og lidelse. Men det kan ikke forventes at «pasienten» kan disse begrepene og ordbruket. Informasjon som blir gitt til pasienter på et fremmed språk er etter min mening fånyttet, da de ikke forstår det som blir sagt. Samtidig får de ikke svar på spørsmål de måtte ha. Dersom pasienten selv er helsepersonell, kan en vurdere å bruke denne kunnskapen. Samtidig må en vite at innholdet er forstått. På en annen side er det ikke nødvendig å bruke dette språket til noen pasienter, det kan i stedet brukes i samtale med helsepersonell. Jeg har selv vært i dialog med leger og sykepleiere som prater mye latinsk i samtalen, og som student er det mye jeg ikke forstår. Det er lett å nikke og gi uttrykk for at det som blir sagt er forstått. Dette gjelder også pasienten. Det er ikke sagt at de forstår det som blir formidlet av informasjon, selv om de gir uttrykk for det og ikke stiller videre spørsmål.

#### **5.4 Samtale styrker pasienten - også pårørende**

Studien til Oterhals et al. (2006) viser at jo mer informasjon pasienten fikk, jo mer fornøyd var de med sykehusoppholdet. Samtidig bedret det evnen til å mestre tilstanden når pasienten kom hjem. På en annen side viser Holme (2009) at det er behov for mer planlagt og helhetlig informasjon, og sykepleier må bli mer tydelige på hva som er informasjon og hva som er samtale. Sykepleier gir gjerne informasjonen i den daglige samtalen med pasienten. Dette kan gjøre det enklere å formidle informasjonen til pasienten, men en må samtidig være klar på hva som er samtale og hva som er informasjon. Holme (2009) viser at dersom dette er uklart, kan resultatet bli at de som mottar informasjonen sitter igjen med følelsen av å ikke ha mottatt informasjon i det hele tatt. På en annen side kan det å gi informasjon i samtalen være positivt, da det gjør det lettere å snakke om vanskelige ting, enn formelt under fire øyner.

Når en blir syk danner en seg gjerne forestilling av hvorfor det rammet nettopp meg, og hva som kommer til å skje videre (Mæland, 2006, s.59). Det jeg opplevde i praksis var at pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt dannet seg et bilde av sykdommen og situasjonene, på bakgrunn av andres erfaringer og opplevelser. Bildet ble brukte som utgangspunkt for hva som skulle skje videre. Sykepleier må da gi rett informasjon, og samtidig få pasienten til å se realistisk på situasjonen. Dersom pasienten ikke får hjelp til å sortere tankene sine og kommer inn på rett spor, kan rehabiliteringsfasen bli tung. På en annen side kan ikke sykepleier skru tiden tilbake og gi en

«mirakelkur», slik at situasjonen pasienten nå er i forsvinner. Det er viktig at pasienten forstår. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å takle utfordringene ved tilstanden, ikke kurere. Gjennom informasjon styrker sykepleier pasienten, slik at de er best mulig rystet til å takle utfordringene som kommer. Informasjon er ifølge Eide & Eide (2007, s.292) en av de viktigste kommunikative oppgavene til sykepleier. Gjennom informasjonen kan sykepleier bidra til at pasienten finner mening med sykdommen. Ved å tilpasse informasjonen til den enkelte pasient, tørr jeg påstå at det kan resultere i færre legehenvendelser i etterkant av hjerteinfarkt. Dette forutsetter at informasjonsbehovet til pasienten er tilstrekkelig ivaretatt før sykehusutskrivelsen.

Pårørende er ofte til stede når deres nærmeste blir syke. Holme (2009) viser at pårørende opplever å ikke bli sett, og at informasjonsbehovet deres er stort. Jeg har selv være pårørende og følt på det å ikke bli sett, noe som er sårt. Fokuset ligger på den syke og dens behov, og pårørende blir glemt. Pårørende er en stor del av pasientens liv, også motsatt. Redselen for å miste sin kjære og ikke ha kontroll, blir forsterket dersom de ikke mottar informasjon. De har behov for å vite om behandling og videre forløp. Samtidig har informasjonen mye å si for hvordan pårørende takler den første tiden hjemme (Holme, 2009). Å bruke pårørende som en ressurs, samtidig som sykepleier også informerer dem, kan bidra til at pasienten føler trygg. På en annen side kan det føre til at pasient og pårørende ikke prater og lukker seg inne. Det er enkelte tema som er vanskelige å snakke om når den andre er til stede. Sykepleier kan da snakke med pasient og pårørende hver for seg, og deretter felles, dersom det er ønskelig. Det er pasienten som bestemmer hvilken informasjon pårørende skal motta, og det kreves samtykke (pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Samtidig sier loven at informasjon kan gis til pårørende dersom forholdene tilsier det

(pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Hva som ligger i dette må vurderes av sykepleier.

Studien til Hutton & Perkins (2008) viser at pasienter opplever mangelfull tid med helsepersonellet. Dersom sykepleier ikke har tid, styrker ikke samtalen pasienten. Hjelpende kommunikasjon fremmer trygghet og tillitt slik at en ser løsninger på problemer, og bidrar til mestring av situasjonen (Eide & Eide, 2007, s.20). Dersom det ikke er tid til pasienten vil ikke dette oppnås. Samtidig vil det heller ikke opprettes et forholdet mellom pasient og sykepleier. Det er stor forskjell på om sykepleier står og gir informasjonen til pasienten, eller om hun tar seg tid

til å sitte ned. Ved å sitte seg ned viser sykepleieren at hun har tid til pasienten. Hvor mye tid hver pasient krever av sykepleier for at hans behov ivaretas er individuelt. Jeg har selv erfart at noen pasienter har et større behov for samtale med helsepersonellet, da de er engstelige og usikre på situasjonen. Dette er også noe som studien til Strand et al. (2010) viser, da noe er redde for nye hjerteinfarkt og døden, mens andre så på hjerteinfarkt som en ny sjanse. Samtidig som en skal gi nok tid til den enkelte, må ikke dette gå utover andre pasienter på avdelingen og deres fremdrift.

Mæland (2006, s. 61) hevder at det er når pasienten møter hverdagen de virkelig trenger informasjon. Det er hjemme pasienten møter utfordringer og valg. Jeg har selv erfart i praksis at pasienter opplever tidlig sykehusutskrivelse som negativt. Opplevelsen av usikkerhet og ensomhet er stor. Pasienter får tilbud om rehabiliteringsopphold den første tiden etter hjerteinfarkt, men ikke alle benytter seg av dette tilbudet. De som benytter seg av tilbudet får veiledning og informasjon, samtidig som de får opplæring om kosthold og fysisk aktivitet. Men hvilke tilbud har dem som ikke vil delta? Dersom de søker informasjon fra helsepersonell opplever de å ikke bli tatt på alvor (Strand et al., 2010). Informasjonen som ble gitt på sykehuset betyr da lite, og samtalen mellom sykepleier og pasient styrket ikke pasienten. Når hjertet svikter, må ikke sykepleier også svikte i tillegg. Vi må se den enkeltes behov og ivareta dette.

## 6 KONKLUSJON

På bakgrunn av funn, teori og egne erfaringer vises det et forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og informasjonen som blir gitt. Pasienter har ulikt informasjonsbehov, og må sees som individuelle, ikke som en gruppe. Liten tid, mangelfull informasjon, fremmed språk, det å bli møtt ulikt og ikke sett, er noe pasienter opplever som negativt. Gjennom samtale og informasjon kan sykepleier styrke pasienten og bidra til at disse faktorene blir dekket. Sykepleier har en viktig oppgave når det kommer til kartlegging og tilpassing av informasjonen til den enkelte pasient. Den didaktiske relasjonsmodellen kan her brukes som et hjelpemiddel. Sykepleier må ta seg tid til pasienten, og bli kjent med dem. En oppnår da et menneske-til-menneskeforhold. Pasienten føler seg sett, mottar omsorg, trygghet og empati. I tillegg må sykepleier formidle informasjonen på et enkelt språk, være åpen og lytte til pasienten. En får da en god relasjon og målet med informasjonen blir nådd. Pasientene vet best selv hvilke behov de har, og sykepleier må benytte seg av denne ressursen i planleggingen av informasjonen.

Selv om hverdagen til sykepleier kan være travel, viser denne studien viktigheten med å informere pasienten, og på den måten bidra til at informasjonsbehovet blir ivaretatt. Dette er et tema en ikke blir utlært i, og en kan benytte individuell tilpasset informasjon til andre

pasientgrupper. Jeg har i denne oppgaven fått ny kunnskap, som jeg vil ta med meg videre i arbeidet som sykepleier.

## REFERANSELISTE

- Bush, T. (2013). *Akademisk skriving – for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s.207-242). Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *At göra systemastiske litteraturstudier*, (3.utg). Stockholm: Natur & Kultur.
- Helsepersonelloven. (2016). *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr 64*. Hentet 13.januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien Forskning*, 3(1),16-24. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0045.
- Hutton, J. M., & Perkins, S. J. (2008). A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 87-97. doi: 10.1080/13548500701294549
- Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Digre, T. A., Risøe, C., Hole, T., Mannsverk, J., Slørdahl, S. A., & Halvorsen, S. (2014). *Hjerteinfarkt i Norge i 2013*. Tidsskrift for den norske legeforening, 2014; 134:1841 – 6. doi: 10.4045/tidsskr.14.0804

- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3- pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s.337-381). Oslo: Gyldendal.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg.). Kristiansand S: Høyskoleforlaget.
- Nakstad, A. R., & Knudsen jr, Ø. (2008). Noen akutte medisinske tilstander. I J. E. Haugen & Ø. Knudsen jr (Red.), *Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sykehus* (2.utg., s.123-147). Oslo: Gyldendal.
- Netland, H., Fålund, N., & Norekvål, T. M. (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien*, 99(4), 50-52. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0060.
- Norsk sykepleierforbund. (2014). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 26.januar 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2006), 303-310. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr 63*. Hentet 13.januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Smith, J., & Liles, C. (2006). Information needs before hospital discharge og myocardial

infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x

Strand, A. S., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2010). Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25:495-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s.173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

Ørn, S., & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.159-194). Oslo: Gyldendal.



## VEDLEGG 1- Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>«<i>Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study</i>»</p> <p>Av Jonathan Smith &amp; Clive Liles (2006).</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske informasjonsbehovet til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, før utskrivelse fra sykehuset.</p>	<p>Metoden som ble brukt i studien er kvantitativ.</p>	<p>Studien inkluderer 20 pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. 17 menn og tre kvinner.</p>	<p>Resultatet av studien viser at informasjon om medikamenter, komplikasjoner og fysisk aktivitet var det pasientene anså som viktigst. Det kommer frem at eldre pasienter har et større informasjonsbehov, og har behov for annen informasjon enn yngre pasienter. Informasjonens innhold må tilpasses den enkelte.</p>
<p>«<i>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after a myocardial infarction</i>»</p> <p>Av Kjersti Oterhals, Berit R.</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske og beskrive forholdet mellom mottatt informasjon og tilfredshet med helsevesenet hos pasienter etter et hjerteinfarkt, i tillegg til å beskrive</p>	<p>Metoden som er brukt i studiet er kvantitativ, og har tverrsnittsstudie som design.</p>	<p>Av de 130 personene som ble invitert til å delta i studien, returnerte 111 av dem spørreskjema og ble</p>	<p>Resultatet i studien viser at informasjonen pasientene hadde mottatt omhandlet røyking, hva et hjerteinfarkt er og årsaken til hjerteinfarkt. Jo mer informasjon pasientene fikk, jo mer fornøyd var de med sykehusoppholdet. Yngre pasienter opplevde</p>

<p>Hanestad, Geir E. Eide &amp; Tove A. Hansen (2006).</p>	<p>områder for forbedring.</p>		<p>inkludert i studien.</p>	<p>manglende informasjon etter utskrivelse, selv om denne aldersgruppen oppga at de fikk mest informasjon på sykehuset. Studien viser også at det er nødvendig å undersøke nåværende tilbud av informasjon som blir gitt til pasienter etter hjerteinfarkt. Pasienten ønsker mer informasjon ved utskrivelse og etter hjemkomst.</p>
<p>«<i>A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction</i>»  Av Jane Margaret Hutton &amp; Sarah Jane Perkins (2008).</p>	<p>Hensikten med denne studien er å få frem menn sin opplevelse og erfaringer etter et hjerteinfarkt.</p>	<p>Metoden som ble brukt i studien er kvalitativ.</p>	<p>Det deltok 10 menn i studien. Alle hadde opplevd hjerteinfarkt innen de seks siste månedene.</p>	<p>Hjerteinfarkt opplevdes som et sjokk. Mange var usikre og engstelige for å presse kroppen for mye etter infarkt. Flere opplevde sinne og frustrasjon. Noen ville snakke, andre ikke. Deltakerne opplevde god behandling i akuttfasen, men reagerte negativt på tidlig utskrivelse fra sykehuset, for mange ulike behandlere, liten tid med lege og mangelfull informasjon.</p>

<p>«<i>Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later</i>»</p> <p>Av Annica Sjöström-Strand, Bodil Ivarsson &amp; Trygve Sjöberg (2010).</p>	<p>Hensikten med studien å få frem kvinners opplevelser og erfaringer etter et hjerteinfarkt.</p>	<p>Metoden som er brukt i denne studien er kvalitativ.</p>	<p>I studien deltok 12 kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt.</p>	<p>Resultatet i studien viser at kvinnene opplevde fysiske og psykiske utfordringer etter hjerteinfarkt. Kvinnene var redde for å oppleve flere hjerteinfarkt. Noen få så på livet etter hjerteinfarkt som en ny sjanse. Det kommer også frem at kvinnene ble behandlet ulikt og ikke tatt på alvor da de søkte hjelp i etterkant av hjerteinfarkt. Leger og sykepleiere snakket også et språk pasienten ikke forstod. Det resulterte i at pasienten følte de ikke fikk den støtten og hjelpen de hadde behov for.</p>

## **VEDLEGG 2- Artikkel**

## The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction

Kjersti Oterhals<sup>a,\*</sup>, Berit R. Hanestad<sup>b</sup>, Geir E. Eide<sup>b,c</sup>, Tove A. Hanssen<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Haukeland University Hospital, Department of Heart Disease, N-5021 Bergen, Norway

<sup>b</sup> Department of Public Health and Primary Health Care, Section of Nursing Science, University of Bergen, Norway

<sup>c</sup> Centre for Clinical Research, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

Received 2 January 2006; accepted 5 January 2006

Available online 28 February 2006

### Abstract

**Background:** Rehabilitation after acute myocardial infarction (AMI) presupposes that patients are provided with sufficient information and education to cope with the consequences of the disease. Furthermore, patient information is an important premise for patient satisfaction.

**Aims:** To explore and describe the relationship between received information and satisfaction with health care after AMI. In addition, we wanted to describe areas for improvement of patients' health care.

**Methods:** A questionnaire comprising 1) the Information Questionnaire and 2) the Patient Experience Questionnaire was sent to AMI patients, 6 weeks after discharge from hospital. One hundred and eleven patients participated.

**Results:** In general patients were highly satisfied with their health care and the more information the patient reported to receive, the more satisfied he/she was with the hospital stay. Patients were least satisfied with information about medication and possible future problems. These were the areas that patients received least information about and were also identified as the areas with greatest potential for improvement. Amount of information received was not associated to length of hospital stay. Although, younger patients reported receiving more information than older patients during the hospital stay, it was the youngest that missed information after discharge.

**Conclusion:** The results indicate that it is necessary to examine the current provision of in-hospital information and education to AMI patients. Patients want more information at discharge and after returning home.

© 2006 European Society of Cardiology. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

**Keywords:** Cardiovascular nursing; Myocardial infarction; Patient satisfaction; Patient experience; Informational needs; Questionnaire

### 1. Introduction

Having an acute myocardial infarction (AMI) is a major life-threatening event. The recovery period after a cardiac event can be extremely stressful, and is associated with significant and persistent psychological distress [1]. AMI is a major cause of physical disability [2] and might lead to emotional problems, family turmoil, not being capable of making necessary lifestyle changes [3], and consequently, reduced health-related quality of life [4].

Successful cardiac rehabilitation after AMI presupposes that patients are provided with sufficient information and education to be able to comply with the treatment regimen and make informed decisions about necessary life style changes. Typical information commonly includes information about the disease, common risk factors, medication, dietary intake, psychological concerns, physical activities, stress management and symptoms [5]. In addition, patients need emotional support and an understanding of prognosis which should be explained in honest and understandable terms [1]. Being adequately informed is related to increased knowledge [6], reduced anxiety [7,8], increased self-efficacy [9] and health care satisfaction [6,9]. It is also related to improved health behaviour, such as better diet, exercise and stress

\* Corresponding author. Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital, N-5021 Bergen, Norway. Tel.: +47 55 97 36 40; fax: +47 55 97 51 50.

E-mail address: kjersti.oterhals@helse-bergen.no (K. Oterhals).

management [6,9], and returning to normal activity level after discharge from hospital [8].

Failure to meet the information needs of AMI patients is reported in several studies [1,10,11]. In the last decade, bed days after AMI have been markedly reduced [12,13], and some studies question whether this will lead to further reduction of information [2,11,14]. This has not been tested empirically. A study identifying the needs of patients and spouses after AMI found information to be the most important need, but, unfortunately, patients' information requests were not well met by physicians and nurses [1]. Several studies have shown that nurses and patients differ in what information they consider most important after AMI [14–16].

In addition to traditional outcome indicators such as mortality and morbidity, patient satisfaction has, during the last decade, become an established outcome indicator of the quality and efficacy of the health care system [17,18]. Studies measuring quality of care have revealed concepts important for patient satisfaction, including education of patients and their family [19]. Associations between patient satisfaction and clinical outcomes are incompletely explored, but there are several known consequences of satisfied patients. Satisfied patients are more likely to comply with medical treatment [20,21], have an increased involvement and participation in the treatment process, and a higher willingness to contribute with information essential for diagnosis and treatment [20]. Patients who experienced better fulfillment of medical expectations and who were satisfied with the information given by physicians and nurses, were more likely to have better physical and mental health-related quality of life 6 to 10 weeks after discharge from hospital [20].

Although cardiovascular disease is the leading cause of death in Western industrialised countries, only a few studies have explored the effects of information on various cardiac patient outcomes, including satisfaction with care [9]. Larson et al. [22] found that meeting AMI patients' information needs had the greatest effect on patients' satisfaction with the overall process of care, patients' global satisfaction, and patients' perceived level of health benefit and quality of life.

The aim of the present study was to explore and describe the relationship between received information and satisfaction with health care after AMI, and to study to what extent the results differ with respect to age and length of hospital stay. In addition, we wanted to describe areas for improvement of patients' health care.

### 1.1. Hypotheses

In addition to the research aims above, the following hypotheses were addressed in the present study:

1. There is a positive relationship between the amount of information received and overall satisfaction with health care.
2. The more information patients receive, the more satisfactory they consider the information to be in relation to their ability to cope with the consequences of the AMI after discharge.

## 2. Methods

The present study had a cross-sectional research design. From October 2001 to December 2003, consecutive patients with the main diagnosis of AMI, aged over 20 years, and being able to read and speak Norwegian, were approached and invited to participate in the study before being discharged from Haukeland University Hospital. Patients with other serious diseases such as cancer, patients who had artery coronary bypass surgery and patients being transferred to a hospital providing different follow-up interventions than the university hospital were excluded. Before discharge, demographic and disease-related data such as gender, age, education, marital status, smoking habits, comorbidity, length of hospital stay, previous AMI and cardiovascular disease (CVD) were assessed through self-report and from the patients' records.

A questionnaire was mailed to the participants 6 weeks after discharge and contained two standardised questionnaires: (1) the Information Questionnaire (IQ) and (2) the Patient Experience Questionnaire (PEQ).

The IQ is an 11-item questionnaire measuring the amount and timing of received information specifically designed for AMI patients [23]. The first nine items assess how much information the patients receive during their hospital stay on the following topics: (1) what constitutes an AMI, (2) causes of AMI, (3) possible physiological problems after AMI, (4) medication, (5) exercise, (6) diet, (7) sexual activity, (8) smoking, and (9) employment and life style. All items are measured on a five-point Likert scale with response values from 1=very little information to 5=very much information. A summed rating scale, *information altogether*, including all nine questions, was constructed. Internal consistency measured by Cronbach's alpha for the summed rating scale, *information altogether* was 0.90.

Another question asked if patients at any time were short of information, with response categories "not at any time", "when arriving CCU", "with regard to specific tests and examinations", "during all hospital stay", "at discharge" and "after return to home". The last item assessed how satisfactory the participants found the information they had received in relation to their ability to cope with the consequences of the disease after discharge, with response categories: "not at all satisfactory", "satisfactory" or "very satisfactory".

The PEQ encompasses two parts with 44 items, and has been used in several other Norwegian studies [24–26]. In the first part (34 items), participants rate their satisfaction with different areas of care and treatment on a 10-point

ordinal response scale; the highest value indicates very satisfied patients. The endpoints of the response scale are named with explicit reference to the wording of the item. Fourteen items have the response option “did not apply to me”. Ten summed rating scales were based on factor analysis and theoretical considerations [27]. In this study, the following four summed ratings were used: Information on future problems (two items); Information about examinations (two items); Information about medication (two items); and General satisfaction (two items). Previous testing for internal consistency of the summed rating scales was acceptable [27]. The inter-item correlation test of the four satisfaction scales in this study showed Cronbach’s alpha from 0.64 (General satisfaction) to 0.87 (information future complaints/problems). The second part of the PEQ consists of ten items where patients are asked to identify areas where the hospital needs to make improvements, on a 10-point ordinal scale. The anchoring phrases are: “huge need for improvement” and “absolutely no need for improvement”. The following areas are specified: nursing services, doctor services, organisation of work in hospital, equipment, service to the next of kin, information about tests and examinations, information about medication, information and follow-up regarding post-discharge problems, and communication between patients and hospital staff.

The study was reviewed and approved by the Privacy Issues Unit, at the Norwegian Social Science Data Services, against the privacy and license requirements of the Personal Data Registers Act, and by The Regional Committee for Medical Research Ethics against research ethics guidelines issued by national and international bodies.

### 2.1. Data analysis

Statistical analysis of the data was carried out using SPSS (version 12.01), including descriptive statistics, parametric and non-parametric comparisons and inter-item reliability analysis. Mean values ( $\bar{X}$ ) and standard deviations (SD), standard errors of the means (SEM) as well as range of values are reported. Likert ratings were treated as interval level data. The significance level was set at 0.05. Because some of the variables had a non-normal distribution both parametric and non-parametric methods including Pearson’s correlation coefficient ( $r$ ) and Spearman’s correlation coefficient ( $\rho$ ), was used as appropriate. Ninety-five percent confidence intervals (CI) were calculated. Pearson’s  $r$  was used to explore the connection between age and information and Spearman’s  $\rho$  was used for the relation between age and satisfaction. To examine the difference between those who missed or did not miss information at discharge and after returning home, with respect to age and length of hospital

Table 1  
Baseline characteristics of  $N=111$  patients followed up after acute myocardial infarction in Haukeland University Hospital 2001–2003

		%	Mean	SD
Gender	Male	77		
Age (years)			61.6	10.7
Length of hospital stay (days)			5.9	4.2
Marital status	Married or cohabitant	82		
	Unmarried	6		
	Divorced/separated	5		
	Widow/widower	6		
Education	Primary school	34		
	High school	35		
	University/College $\leq 4$ years	22		
	University/College $> 4$ years	9		
Living with	Living alone	16		
	Living with someone	84		
Employment	Employed full time	44		
	Employed part time	7		
	Not employed	49		
Smoking	Never smoked	24		
	Ex-smoker	30		
	Current smoker	46		
Physical exercise	Never	13		
	Approximately once a week	21		
	2–3 times a week	37		
	At least 4 times a week	29		
Familial history of cardiovascular disease (CVD)		64		
Previous heart disease:		19		
Previous acute myocardial infarction (AMI)		8		
Co-morbidity		75		
Diabetes (type I or II)		12		
Hypertension		30		
Body mass index (BMI) (kg)			25.8	3.2

stay, the Wilcoxon–Mann–Whitney (WMW) test was applied. To examine differences in the “information altogether” scale between patients with long and short hospital stay, the independent samples *t* test was applied. Internal consistency for the summed rating scales was measured by Cronbach’s alpha.

### 3. Results

Of the 130 patients consenting to participate, 111 (85%) returned the questionnaire after one reminder. When analysing baseline data, there were no significant differences between respondents and non-respondents on the following variables: age, gender, marital status, education, living alone, employment, smoking or exercise. The non-respondents had on average longer hospital stays ( $\bar{X}$  = 9.4 days) than the respondents ( $\bar{X}$  = 5.8 days,  $p$  = 0.006).

The frequent characteristics of the participants were male, married or cohabitant, smoking, having their first myocardial infarction and currently employed. Mean age was 61.6 (range: 34–88) years. Sample demographic data, risk factors and medical history are shown in Table 1.

#### 3.1. Information received

The results presented in Table 2 show that the patients received most information about “Smoking”, “What is a myocardial infarction (MI)?”, and “Causes of MI”. They got least information about “Sexual activity”, “Use of medication”, “Employment and life style”, and “Problems I may be facing after MI”. No significant relationship was found between the amount of information assessed by the single items and length of hospital stay, nor for amount of information assessed by the summed rating scale “information altogether” and length of hospital stay. Amount of information was not found to be different between those

Table 2  
Patients’ perceptions on received information during hospital stay (scale 1–5)<sup>a</sup>

Item	Valid			
	<i>n</i>	Mean	SEM <sup>b</sup>	<i>p</i> -value <sup>c</sup>
Smoking	105	3.97	0.12	0.011
What is a myocardial infarction?	109	3.68	0.09	<0.0005
Causes of a myocardial infarction	107	3.48	0.10	0.006
How much and how I can exercise	110	3.15	0.09	0.499
Diet	108	3.06	0.10	0.234
Possible problems after myocardial infarction	109	2.82	0.11	0.012
Employment and life style	106	2.81	0.11	0.803
Use of medicine	109	2.78	0.01	0.391
Sexual activity	107	2.24	0.10	0.248
Index 11 Information altogether	102	3.09	0.08	0.015

<sup>a</sup> Highest score representing more information.

<sup>b</sup> Standard error of the mean (SEM).

<sup>c</sup> Significance of Pearson’s correlation for amount of information received and age.

Table 3

Patients missing information at some point of time

Point of time	<i>N</i> (%)
At discharge	31 (27.9)
After returning home	25 (22.5)
Regarding tests and examinations	7 (6.3)
Arriving coronary care unit (CCU)	6 (5.4)
During all hospital stay	4 (3.6)

with hospital stay <4 ( $n$  = 25) and  $\geq$ 4 days ( $n$  = 75);  $p$  = 0.841. Information received altogether was significant related to age, with younger patients reported receiving more information. The single items that showed significant differences were “What is a myocardial infarction?”, “Causes of a myocardial infarction”, “Problems I may be facing after MI” and “Smoking” (Table 2).

#### 3.2. Points of time when patients missed information

Sixty-five percent reported that they were short of information at some time. Only 4% missed information during their entire hospital stay. Points of time when most patients missed information were at discharge and after returning home (Table 3). Of the 111 patients, 28% missed information at discharge and 23% missed information after returning home. At discharge no difference between those who missed information and those who did not, where found ( $p$  = 0.535 and  $p$  = 0.480, respectively). Patients that missed information after returning home were generally younger and had shorter hospital stays than those who did not miss information (median age 54 versus 62 years (WMW-test  $p$  = 0.003) and median hospital stay 4 versus 5 days (WMW-test  $p$  = 0.018)).

#### 3.3. Information and satisfaction

Data revealed that the positive correlation between overall satisfaction and amount of information received during hospital stay was low, but significant ( $\rho$  = 0.20;  $p$  = 0.049, respectively). The more information the patient reported to receive, the more satisfied he/she was with the hospital stay in general.

#### 3.4. Amount of information and coping ability

Twelve percent of patients considered the information they received during their hospital stay not at all satisfactory with respect to coping with the consequences of the disease after discharge from hospital; 68% considered it satisfactory and 20% very satisfactory. There were no significant differences according to age or length of hospital stay.

The correlation between the patients’ perception on amount of information received and how they evaluated the information with respect to their coping ability after discharge were strong ( $r$  = 0.66;  $p$  < 0.0005). The



Table 4  
Patients' evaluation of needs for improvements,  $N=111$  patients (scale 1–10)

Area	Valid		
	<i>n</i>	Mean <sup>a</sup>	SEM <sup>b</sup>
Service to next of kin	105	8.64	0.19
Nursing services	107	8.39	0.17
Communication between patient and hospital staff	108	8.24	0.21
Organisation of work in hospital	107	8.14	0.19
Equipment	106	8.08	0.21
Doctor services	107	8.05	0.19
Information about tests and examination	106	7.65	0.24
Information about medication	104	6.74	0.27
Information and follow-up regarding post-discharge problems	104	6.30	0.29

<sup>a</sup> The lowest score represents the largest need for improvement.

<sup>b</sup> Standard error of the mean (SEM).

more information the patient received, the more satisfactory they considered the information to be according to their ability to cope with the consequences of the disease after discharge.

### 3.5. Satisfaction

In the general satisfaction scale, patients were highly satisfied with their health care. Distributions of data on all scales were skewed to the higher range of the scale. Patients were least satisfied with "Information medication" ( $\bar{X}:6.5$ ) and "Information future complaints" ( $\bar{X}:7.2$ ).

### 3.6. Need for improvement

The three areas where patients considered the hospital to be in greatest need of improvement were about information: "Information and follow-up regarding time after discharge" ( $\bar{X}:6.3$ ), "Information about medication" ( $\bar{X}:6.7$ ) and "Information about examinations" ( $\bar{X}:7.7$ ) (Table 4). For these nine ten-point scales, the lowest possible score (1) represented the greatest need for improvement, while the highest (10) represented the smallest need. No associations were found between any of the satisfaction scales and age or length of hospital stay.

## 4. Discussion

The main findings of this study revealed that patients are least satisfied with information about medication and information about possible future problems. This is also reflected in the findings where information about medication and information at discharge are pinpointed to be the areas having greatest potential for improvement. In addition, use of medication and possible problems after MI, were the items about which patients reported receiving least information.

### 4.1. Information received

Patients received most information on medical and physical aspects, such as: what a myocardial infarction is, causes of myocardial infarction, and smoking. They received less information on psychological and emotional aspects, such as: possible problems after MI, sexual activity, employment, and lifestyle. Information regarding medication also scored low. These results resonate with the findings in a recent qualitative study [28].

Research asking patients with AMI what they considered to be the most important topics to learn, revealed that patients rated medications, symptom management, anatomy and physiology, and risk factors as most important both pre-discharge and at early convalescence [16,29].

The item for which patients reported getting least information concerned sexual activity. Other studies have shown that this is a topic where patients often are provided with insufficient information [30–32]. On the other hand, Turton [7] found that patients rated this subject far lower than nurses. He suggested that information related to sexual activity should be given a low priority in teaching, unless considered important by the patient or spouse. Others claim that nurses need to take a more active role in sexual assessment and education in order to improve patients' quality of life post AMI [32].

### 4.2. Points of time when patients missed information

Only a few patients in this study missed information during their entire hospital stay, but many desired more information at discharge and after returning home. Patients answered the questionnaire 6 weeks after discharge from hospital. This should have given them enough time to reflect on their informational needs in the early rehabilitation phase. Provision of follow-up information after discharge when patients request it, seems to be essential.

### 4.3. Satisfaction and information

Previous studies have shown that dissatisfied patients have a greater need for information [22,33]. In this study, association between overall satisfaction and amount of information received during hospital stay was significant but low. As we know, information and education is only one aspect important for patient satisfaction. Caring, continuity of care and the competence of nurses are other factors contributing to patient satisfaction [19]. Patients in this study reported information about medication and possible future problems as areas where they were least satisfied with their care. They also pointed out the same areas as being in greatest need of improvement. Information providers need to find a way to provide quality information to meet this information deficit. Understanding and meeting what patients' "need to know" can produce more knowledgeable and competent patients who are in a better

position to assist their own recovery and manage their own health [22].

#### 4.4. Information and coping

The association between information in proportion to patients' perception of life management after discharge and amount of information received was relatively strong. The more information the patients received, the more satisfactory they considered the information to be in relation to facing the consequences of the disease after discharge. These results show the importance of giving patients information after an acute cardiac event, thereby preparing them to master their life on returning home to normal activities. Every patient is unique: past experiences, perceptions, coping mechanisms, personalities, support systems, and strengths and weaknesses are all different. Assessing each patient for defining characteristics of anxiety, denial, anger and depression provides health care professionals with the necessary data on which to individualise the patient's plan of care [3].

#### 4.5. Information and bed days

Some studies have related to shortened hospital stay and the impact this can have on meeting the information needs of patients with AMI [3,7]. The results from this study show no association between bed days and amount of information received. The average score was the same for patients staying less or more than four days in hospital. This result may indicate that health professionals give information high priority, or that patients are only receptive to a certain amount of information [34]. Perhaps these shorter hospital stays are providing a greater impetus for health care providers to provide information and education early in the patient's hospitalisation. Another explanation could be that health professionals do not use longer hospital stays as an opportunity to provide more information. Reasons for extended bed days include patients having to stay in hospital for further examination or intervention, or being more seriously ill and in need of an extended recovery period.

Although, patients with shorter hospital stay did not report receiving less information during the stay, missing information after returning home was associated with a shorter hospital stay. This may indicate that information was delivered at a time when patients were somewhat unable to absorb it and that the need for information increases when the patients are left on their own to handle their problems.

#### 4.6. Age and information

Higher age was associated with receiving less information. This may indicate that nurses and physicians underestimate the information needs of older patients, and the benefit of education to life style changes. Older patients may tend to need repeated information due to age related visual

and hearing problems. In addition, they may be reluctant to ask questions [28]. Few studies are reported on the information needs of elderly AMI patients, indicating that further research is warranted.

Despite that older patients reported to receive less information during the hospital stay, it was the youngest patients that missed information after returning home. Health professionals should be aware of the fact that younger patients with short hospital stay may be in need for additional information after returning home. This can for example be carried out by telephone-follow-up of a clinician nurse specialist [28].

#### 4.7. Limitations

This study has some limitations. The non-respondents had a longer hospital stay than respondents, thus further investigation is needed to explore the information needs of patients with longer bed days. Generality of the findings is limited as the sample represents one clinical condition in a single hospital, and could thus be influenced by local characteristics. However, the sample size ( $n=111$ ) and the fact that the results are in accordance with previous results from studies using the IQ, increase the generality (Table 4).

Surveys of patient satisfaction tend to elicit very positive ratings that are not sensitive to specific problems in the quality of care delivery [35], and have been criticised for failing to discriminate effectively between good and bad practice [17,35]. The PEQ questionnaire has been found able to identify areas where patients tend to be dissatisfied [25]. The fact that patients in this study point out the same areas for greatest need of improvement as the areas that scored lowest on the satisfaction scale, confirms this.

We did not ask patients for their perceptions of the importance of the information items; we only asked them how much information they received. A study with patients' objectively ranking the importance of information at different stages in recovery would be of interest to Norwegian AMI patients. However, although research in the USA and Great Britain has explored this [14], Norwegian patients might have different views due to differing health care systems and cultures.

#### 4.8. Conclusions

Results of this study indicate it is necessary to examine the current provision of in-hospital information and education to AMI patients. Findings clearly point to some areas as needing improvement. Patients want and need more information at discharge and after returning home; especially about medication and about potential future problems. Further, findings from this study support the hypothesis suggesting that a shorter stay might lead to lack of information after discharge. These results are in accordance with previous research [16,17,28,36]. Lack of continuity of information provision due to the complexity of the health

care team may contribute to these difficulties [11]. The education program should ideally be designed from the perspective of patients rather than health professionals. To accomplish this, patients should be asked what they consider to be most important and realistic to learn during their hospital stay. Measurement of outcomes is important, but in itself does not improve care; improvement in outcomes requires that action be taken in the patient care process [37]. Providing patients with education and information should ideally be an interdisciplinary responsibility.

Research evidence indicates that cardiac education programs based on health care workers' perception of what patients need to know about their health, are unlikely to be as effective as those where the patients' perceived needs are considered [16]. Patients need to be involved in decisions about their health care if their care needs and expectations are to be met [38]. AMI patients should be provided with a formalised system of education to ensure the quantity and quality of information received. Some basic information needs are common to most AMI patients, but patients' information needs and wants are, by nature, highly individual and often unpredictable [11]. To tailor information to meet individual needs, the needs have to be articulated by patients themselves.

#### Acknowledgements

This study was supported by Haukeland University Hospital and Centre for Clinical Research at the Western Norway Regional Health Authority.

#### References

- [1] Moser DK, Dracup KA, Marsden C. Needs of recovering cardiac patients and their spouses: compared views. *Int J Nurs Stud* Apr 1993;30(2):105–14.
- [2] Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* Sep 20 2001;345(12):892–902.
- [3] Robinson K. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999;14(1):75–88.
- [4] Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health Qual Life Outcomes* Jul 23 2003;1(1):26.
- [5] Duryce R. The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung* 1992;21(3):217–25.
- [6] Thompson DR, Webster RA, Meddis R. In-hospital counselling for first-time myocardial infarction patients and spouses: effects on satisfaction. *J Adv Nurs* Sep 1990;15(9):1064–9.
- [7] Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *J Adv Nurs* Apr 1998;27(4):770–8.
- [8] Jaarsma T, Kastermans M, Dassen T, Philipsen H. Problems of cardiac patients in early recovery. *J Adv Nurs* Jan 1995;21(1):21–7.
- [9] Stewart DE, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Grace SL. Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosom Med* Jan–Feb 2004;66(1):42–8.
- [10] Tierney AJ, Worth A, Watson N. Research in brief: meeting patients information needs before and after discharge from hospital. *J Clin Nurs* 2000;9:859–60.
- [11] Worth A, Tierney AJ, Watson NT. Discharged from hospital: should more responsibility for meeting patients' and carers' information needs now be shouldered in the community? *Health Soc Care Community* Nov 2000;8(6):398–405.
- [12] Bogaty P, Dumont S, O'Hara GE, Boyer L, Auclair L, Jobin J, et al. Randomized trial of a noninvasive strategy to reduce hospital stay for patients with low-risk myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* Apr 2001;37(5):1289–96.
- [13] Smith JP, Mehta RH, Das SK, Tsai T, Karavite DJ, Russman PL, et al. Effects of end-of-month admission on length of stay and quality of care among inpatients with myocardial infarction. *Am J Med* Sep 2002;113(4):288–93.
- [14] Scott JT, Thompson DR. Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Educ Couns* Jun 2003;50(2):167–77.
- [15] Burney M, Purden M, McVey L. Patient satisfaction and nurses' perceptions of quality in an inpatient cardiology population. *J Nurs Care Qual* Jul 2002;16(4):56–67 [quiz 8–9].
- [16] Timmins F, Kalisz M. Information needs of myocardial patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003 03.06.2004; 2003(2):57–65.
- [17] Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)* May–Jun 2001;20(3):244–52.
- [18] Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs Jr GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Health* Aug 2004;27(4):254–68.
- [19] O'Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *Int J Nurs Pract* Jun 1999;5(2):72–7.
- [20] Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health Care* Jun 1999;11(3):233–40.
- [21] Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* Spring 1993;50(1):49–79.
- [22] Larson CO, Nelson EC, Gustafson D, Batalden PB. The relationship between meeting patient information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *Int J Qual Health Care* 1996;8(5):447–56.
- [23] Onstad RF. After myocardial infarction. (Etter hjerteinfarkt). Oslo, Norway: University of Oslo; 2001.
- [24] Hammer SV, Snorrason F, Langeland N. [Interdisciplinary working teams—better for both the patients and the staff]. *Tidsskr Nor Lægeforen* Mar 20 2002;122(8):801–3.
- [25] Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Ronning OM. PS-RESKVA (patient satisfaction, result and quality)—patient satisfaction in hospitals. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998;28(6):947–8 [English abstract, article in Norwegian].
- [26] Foss C. {Gender as a variable in patient satisfaction}. *Tidsskr Nor Lægeforen* Nov 10 2000;120(27):3283–6.
- [27] Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The patient experiences questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* Dec 2004;16(6):453–63.
- [28] Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanesstad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs* Mar 2005;4(1):37–44.
- [29] Chan V. Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *J Adv Nurs* Oct 1990;15(10):1139–45.
- [30] Akdolon N, Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: patients' needs for information. *Rehabil Nurs* Jul–Aug 2001;26(4):152–8.
- [31] Albarran JW, Bridger S. Problems with providing education on resuming sexual activity after myocardial infarction: developing written information for patients. *Intensive Crit Care Nurs* Feb 1997;13(1):2–11.

- [32] Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clin Nurs Res* Nov 1996;5(4):462–72.
- [33] Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health Qual Life Outcomes* Oct 22 2003;1(1):57.
- [34] Thompson DR, Ersser SJ, Webster RA. The experiences of patient and their partners 1 month after a heart attack. *J Adv Nurs* 1995;22: 707–14.
- [35] Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N. The coronary heart disease in-patient experience questionnaire (I-PEQ (CHD)): results from the survey of National Health Service patients. *Qual Life Res*(11):721–7.
- [36] Tørrisen I, Smeby NA. Livet etter hjerteinfarkt (Life after myocardial infarction). *Tidsskr Sykepl* 2001;14:58–61.
- [37] Batalden PB, Nelson EC, Roberts JS. Linking outcomes measurement to continual improvement: the serial "V" way of thinking about improving clinical care. *Jt Comm J Qual Improv* Apr 1994;20(4):167–80.
- [38] Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood)* Winter 1991;10(4):254–67.