



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Patienters upplevelse av informationen i samband med hjärtinfarkt

Susann Andersson

2011

Examensarbete, magisternivå, 15 hp
Vårdvetenskap
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Engström
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av informationen i samband med hjärtinfarkt. Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design. Data samlades in via semistrukturerade intervjuer med tio personer och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att deltagarna hade svårt att ta till sig den information de fick första tiden på sjukhuset då situationen upplevdes skrämmande. Deltagarna upplevde brister i informationen främst gällande läkemedel, behandling, orsak till hjärtinfarkten samt att de efterfrågade mera konkret information. Vidare kunde brister i information gälla framförandet t.ex. facktermer och språksvårigheter. Deltagarna beskrev att de själva tog ett aktivt val i informationssökning genom att förbereda frågor eller t.ex. genom att söka information via internet eller broschyrer. Faktorer som upplevdes stärkande var konkret information, stärkt via broschyrer, bilder, film eller att rent praktiskt få utföra olika funktionstester t.ex. arbetsprov. Deltagarna berättade att nya frågor uppkom med tiden och andra frågor behövde besvaras flera gånger. Slutsatsen är att informationen efter en hjärtinfarkt behöver ges individuellt och konkret med skriftlig information som komplement. Vårdpersonalen behöver kontrollera att en patient uppfattat informationen korrekt. Det är av stor vikt att patienterna får flera tillfällen till uppföljning med upprepad information och möjlighet att ställa frågor.

Nyckelord: hjärtinfarkt, information, intervjustudie, upplevelse

Abstract

The purpose of this study was to describe patients' experiences of information in connection with myocardial infarction. The study had a qualitative approach with a descriptive design. Data was collected through semi-structured interviews with ten people and was analyzed by qualitative content analysis. The results showed that participants found it difficult to interpret the information they received during the first time in the hospital since the situation felt scary. The participants experienced lack of information mainly concerning medicines, treatment, cause of myocardial infarction and they wanted more concrete information. Other deficiencies were in the way the information was expressed e.g. technical terms and language difficulties. Participants described that themselves took an active choice in seeking information by preparing questions or for example by searching through the Internet or brochures. Factors that were strengthening were concrete information confirmed by brochures, pictures, movies or practical tests (such as performing). Participants reported that new questions arise over time and other issues needed to be answered several times. The conclusion of the study is that information after a myocardial infarction needs to be concrete and given individually with written information as a supplement. The health staff needs to verify that a patient has understood the information correctly. It is essential that patients are given several occasions with repeated information and opportunity to ask questions.

Keyword: experience, information, interview, myocardial infarction

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Orsak	1
Symtom	2
Riskfaktorer	2
Behandling	3
Sekundärprevention	3
Information	4
Tidigare studier om patienters upplevelse av information	5
Problemområde	11
Syfte	12
Metod	12
Design	12
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	12
Datainsamlingsmetod	13
Tillvägagångssätt	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	14
Resultat	15
Att inte ta till sig information	15
Brister i informationen	16
Patienten tar en aktiv roll	19
Förstärkande faktorer	20
Diskussion	23
Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion	27
Allmän diskussion	28
Slutsats	29
Referenser	30

Introduktion

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i världen. År 2008 dog 17,3 miljoner människor i hjärt- och kärlsjukdomar och av dessa var det ungefär 7,3 miljoner som dog av hjärtsjukdomar (1). I Sverige har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomarna nästan halverats under de senaste tjugo åren vilket beror på att färre personer insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar och fler överlever sjukdomen. Största orsaken till att färre drabbas av hjärtinfarkt i Sverige är att rökningen har minskat samt att blodfettsnivåerna i befolkningen har sjunkit. Genom stora framsteg i den medicinska behandlingen av hjärt- och kärlsjukdomar har överlevnaden efter hjärtinfarkt ökat (2). Trots detta är hjärtinfarkt fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige både bland män och kvinnor, hjärtinfarkt står för 16 procent av alla dödsfall bland män och för 11 procent bland kvinnor (3). Människor som har överlevt en hjärtinfarkt måste hantera konsekvenserna av sjukdomen som t.ex. symtom, behandlingar, livsstilsförändringar och oro inför framtiden (4). För att minska risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt krävs det sekundärprevention i form av läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar som rökstopp, rätt kost med mera grönsaker och frukt, ökad motion samt kontrollerat blodtryck och kontrollerade blodfetter (5,6). Studier (7-9) har visat att följsamheten till läkemedel är större än följsamheten till livsstilsförändringar. I en studie (10) från Norge berättade patienter som hade haft en hjärtinfarkt att ju mer information de hade fått under sjukhusvistelsen desto nöjdare var de och de upplevde också att de bättre kunde möta konsekvenserna av hjärtinfarkten efter utskrivningen (10). Enligt internationella studier som Socialstyrelsen (11) har sammanställt var missar i kommunikationen den vanligaste enskilda orsaken till vårdskador under 1995 till 2006. Om en patient inte blir informerad eller om informationen som ges missuppfattas kan det medföra risker för patienten (12,13). Föreliggande studie fokuserar just på informationen då en god rehabilitering efter en hjärtinfarkt förutsätter att patienten har fått information om sin sjukdom och kunnat ta den till sig.

Orsak

Vanligaste orsaken till hjärtinfarkt är plackruptur (14,15). Plackruptur uppkommer efter förträngningar i hjärtats kranskärl till följd av en inflammatorisk process i kärlväggen där det anhopats fett, bindväv och kalk. I dessa förhårdnade områden av kärlväggen kan plötsligt en spricka uppkomma vilket aktiverar trombocyterna i blodet till trombbildning som kan täppa till kärlet (14,16). De skadade cellerna i kärlväggen frisätter också substanser som utlöser

kärlspasm som gör att blodflödet till hjärtat ytterligare förvärras och orsakar en hjärtinfarkt (14). Detta kan leda till att det snabbt utvecklas en blodpropp som plötsligt kan täppa till kranskäret helt eller delvis så att blodet inte når fram till hjärtmuskulaturen. Delar av hjärtmuskeln drabbas då av syrebrist (16). Vid syrebrist på mer än 20-30 minuter börjar muskelceller att förstöras och en hjärtinfarkt utvecklas (15,16). Ju kraftigare syrebrist en del av hjärtat utsätts för desto större blir infarkten, det beror även på vilka delar av hjärtat som drabbas (15,16). Hjärtinfarkt kan även uppkomma utan plackruptur och då orsakas den av att kärlväggen dras samman så mycket att det helt stoppar blodtillförseln till hjärtat. Syrebrist i hjärtmuskulaturen kan förutom hjärtinfarkt yttra sig som kärldramp, arytmier, hjärtsvikt eller plötslig död (14).

Symtom

Vid hjärtinfarkt är bröstsmärta det dominerande symtomet som ses i mer än 90 procent av fallen. Vid ankomst till sjukhuset är det vanligt med pågående bröstsmärtor men ibland har smärtorna släppt, spontant eller efter smärtlindring. I samband med bröstsmärta är andnöd vanligt och patienter kan ha svårt att skilja andnöden från bröstsmärta och beskriver tillståndet som ett ”tryck eller stopp i bröstet”. Bröstsmärta kan stråla ut i vänster eller höger arm, eller till båda armarna, upp i halsen och käkarna eller ut i ryggen. Smärtan i armarna beskrivs ofta som värk eller tyngdkänsla (15). Andra symtom som kan uppkomma i samband med hjärtinfarkt är kallsvettighet, ångest, illamående och kräkning samt oförklarlig trötthet och utmattning (14,15). Hos patienter med diabetes kan en hjärtinfarkt presentera sig helt utan smärtor och hos äldre patienter är ofta bröstsmärta mindre uttalad och beskrivs oftare som obehag än smärta (15).

Riskfaktorer

INTERHEART studien (17) har studerat riskfaktorer på hjärtinfarktpatienter i 52 länder och kommit fram till ett antal risk- och skydds faktorer. Enligt studien (17) kunde nio riskfaktorer förklara mer än 90 procent av risken för att få hjärtinfarkt. Av dessa utgjorde rökning och höga blodfetter de allvarligaste riskerna och svarade för närmare 70 procent av alla hjärtinfarkter. Därefter kom riskfaktorer som bukfetma, diabetes, hypertoni och ärftlighet. Som riskfaktor räknades också psykosociala faktorer som depression och hur en individ upplevde sig kunna påverka sitt eget liv och upplevd stress vid olika livshändelser. Att äta frukt och grönsaker varje dag och att regelbundet motionera samt ett måttligt intag av alkohol

visade sig utgöra skyddsfaktorer mot att insjukna i hjärtinfarkt. Detta var gemensamt för både män och kvinnor och gällde för flera geografiska och etniska områden (17).

Behandling

Den behandling som är viktigast vid akut hjärtinfarkt är att så snabbt som möjligt öppna upp det tilltäppta kärlet (15,16). Reperfusionsterapi har visat sig minska storleken på hjärtinfarkten, förbättrar den omedelbara och långsiktiga överlevnaden och minskar risken för komplikationer. Med reperfusionsterapi avses både farmakologisk och mekanisk behandling och målsättningen är att både skapa flöde i kärlet som har stopp samt att i möjligaste mån återställa ett normalt flöde ut i hjärtmuskelvävnaden (15). Med farmakologisk behandling menas trombolys där fibrinolytiska läkemedel löser upp tromber och öppnar upp det stängda kärlet. Mekanisk behandling kan ske antingen med kateterburen teknik, perkutan koronar intervention (PCI), vilket är ballongvidgning med eller utan stentinläggning eller så kan det ske med koronar bypass-operation (CABG) (15,16). Vilken behandling som väljs beror på förutsättningarna som finns lokalt på platsen, vilket tillstånd patienten befinner sig i och hur hjärtinfarkten utvecklar sig hos den enskilde patienten (15). Behandlingen riktar därefter in sig på att förhindra att kärlet åter täpps igen och att på så sätt begränsa hjärtskadan. Behandlingen sker med blodproppshämmande och kärlpåverkande läkemedel (16).

Sekundärprevention

Drygt 30 procent av personer som har haft en hjärtinfarkt återinläggs på sjukhuset inom ett år, dels på grund av problem relaterade till hjärtat men även på grund av andra sjukdomar. Bland de som återinläggs på sjukhuset på grund av problem relaterat till hjärtat hade fyra procent fått en ny hjärtinfarkt (18). Med sekundärprevention menas att både sjukvården och patienten själv tar ansvar för åtgärder efter en hjärtinfarkt för att förhindra att en ny inträffar (6). De sekundärpreventiva åtgärder som är viktigast för att förhindra en ny hjärtinfarkt är rökstopp, ökad fysisk aktivitet, kosten i form av mera frukt och grönsaker, kontrollerat blodtryck samt kontrollerade blodfetter (5,6). Enligt Hjärtrapporten (18) så behandlades mer än 90 procent av patienterna som hade haft en hjärtinfarkt med blodfetter- och blodtryckssänkande läkemedel men trots detta var det 34 procent av patienterna som inte nådde målnivåerna. Alla svenska sjukhus erbjuder idag sina patienter med hjärtinfarkt att delta i sekundärpreventiva program i form av fysisk träning, hjärtskola och sluta röka grupper. Deltagandet är dock lågt i programmen. Endast 11 procent av de rökande patienterna med hjärtinfarkt deltog i rökavvänjningsprogrammet, 42 procent av patienterna deltog i fysiska träningsprogram och

44 procent i så kallad hjärtskola (18). Trots vetenskapliga bevis för att röksopp och ökad fysisk aktivitet är viktigt för att minska dödligheten efter en hjärtinfarkt visar statistik att ett år efter hjärtinfarkten var det fortfarande 44 procent av rökarna som rökte och att endast 41 procent av patienterna deltog i fysisk aktivitet enligt rekommendationerna (30 minuter per dag 5 dagar i veckan) (6). Swedeheart (19) som är ett kvalitetsregister över hjärtsjukdomar skriver i sin årsrapport att en möjlig orsak till att så många fortfarande röker ett år efter sin hjärtinfarkt samt att så få personer är fysiskt aktiva kan bero på den korta tid dessa personer följs upp via sjukhusmottagningarna. En annan orsak kan vara att det saknas rutiner för uppföljning och överremittering till primärvården kring dessa patienter och att det är ett område som kan förbättras (19).

Information

Enligt nationalencyklopedin (13) betyder ordet information att utbilda, undervisa eller ge form åt något. Det är en beteckning över innehållet i det som förs över i en kommunikation i olika former. Det är svårt att dra en gräns mellan information och kunskap då information innebär att bli informerad, få kännedom om någonting. Information kan uppfattas som fakta, upplysningar eller underrättelser (13). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (20) ska varje patient som vänder sig till vården få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska istället en anhörig till patienten få den informationen, om inga hinder för detta finns (20). Information som ges samtidigt som patienten får besked om en allvarlig diagnos uppfattas oftast inte. Där behöver informationen följas upp genom ny information dagen efter eller någon dag senare (21). Enligt en sammanställning från Socialstyrelsen (11) är kommunikation och informationsöverföring ett riskområde i vården. Socialstyrelsen har också gjort en studie (12) där Hälso- och sjukvårdens ansvars nämnd (HSAN) ärenden analyserats för att se vilka risker det finns för patientsäkerheten och där kom området med kommunikation/dokumentation på andra plats med 28 procent av fallen (12). Enligt internationella studier som Socialstyrelsen har sammanställt var missar i kommunikationen den vanligaste enskilda orsaken till vårdskador under åren 1995 till 2006 (11). Det kunde handla både om brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och patient men även om brister i informationsöverföringen mellan olika aktörer i vårdkedjan kring en patient. Om en patient inte blir informerad eller om informationen som ges missuppfattas kan det medföra risker (11,12). Patienten kanske tar sina läkemedel på fel sätt eller avstår från att söka vård vid en försämring av tillståndet. En viktig säkerhetsåtgärd är därför att se till så att varje patient

får den information som hon eller han förstår och kan ta till sig samt att vårdpersonal följer upp att informationen uppfattats rätt (11).

Tidigare studier om patienters upplevelse av information

Vad informationen innehåller

Patienterna i en norsk studie (22) var nöjda med sjukhusvistelsen där personalen var empatiska och kunniga. Studier (10,22) visade att patienter fick mest information om rökstopp efter en hjärtinfarkt liksom information om vad en hjärtinfarkt var samt anledningen till den (10,22,23). Information gavs också om kost, motion och läkemedelsbehandling (22,23) samt vanliga psykologiska reaktioner (23).

Andra studier (24,25) har visat att trots att patienterna hade fått mycket information så fanns det fortfarande många obesvarade frågor. De största bristerna i information var enligt studier (10,26) information gällde läkemedel (10,26) men även brister i information angående vilka problem de kunde vänta sig i framtiden (10,22,23), råd om sexuell aktivitet samt information om livsstil och arbete (10,22). Vissa upplevde att informationen var mer fokuserad på tekniska aspekter än relevanta konsekvenser inför framtiden (22,23). Flera studier (4,26-30) har visat att den information som patienterna ansåg viktigast var att själva kunna se och tolka de fysiska tecken och symtom som kan föregå en hjärtinfarkt och detta var också viktigt för tidig återhämtning. Vidare ansåg patienterna att information om livsstilsförändringar, läkemedel samt information om anatomi och fysiologi var ett prioriterade områden (4,27-30). Patienter i studier (26,31) berättade att de hade fått information om hur de skulle agera om de fick bröstsmärtor igen men det varierade hur de hade uppfattat informationen (26,31). Vissa kunde redogöra steg för steg hur de skulle göra men andra var mer osäker (26). Patienterna ansåg också att information om hur stor sannolikheten för att få ett återfall var viktigt att få (26-28,32) och hur de skulle förebygga återfall (27,28,32). En svensk studie (33) om kvinnors erfarenhet fem år efter en hjärtinfarkt visade att kvinnorna fortfarande hade svårigheter att tolka tecknen för hjärtinfarkt och var rädda för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. I en dansk studie (4) berättade patienter som deltagit i tre informationstillfällen om hjärtinfarkt att den viktigaste lärdomen därifrån var att få svar på frågan om orsaken till hjärtinfarkten (4). En undersökning (21) visade att det är vanligare att patienter var missnöjda med den information de fick om sin sjukdom, sina problem och om den hjälp de kunde förvänta sig få än uppfattningarna om bemötandet mer allmänt. Klagomål gällande bemötande verkar dock öka.

Här har framkommit en skillnad mellan yngre och äldre patienter där det främst är yngre (under 45 år) som är missnöjda och mer kritiska till vården jämfört med äldre (21).

Sammanfattningsvis visar flera studier (10,22,23) att patienter upplever att de har fått mycket information inom flera områden efter en hjärtinfarkt medan andra patienter i studier (10,22-26) upplever stora brister i informationen. Den information som patienterna ansåg viktigast var att själv lära sig kunna tolka de fysiska tecknen som kan föregå en hjärtinfarkt (4,26-29) följt av information om livsstilsförändringar, läkemedel och anatomi och fysiologi (4,27-29).

Information som missförstås

I en studie från USA (31) gjordes telefonintervjuer med patienter inom 60 dagar efter hemgång från ett sjukhus med diagnosen akut hjärtinfarkt. Där framkom att endast 41 procent efteråt kunde uppge att det var hjärtinfarkt de hade haft, 40 procent visste att det var något fel med hjärtat och 19 procent var osäkra eller hade glömt vad det var för diagnos. Patienterna hade också svårt att identifiera sina egna riskfaktorer i samband med hjärt- och kärlsjukdom (31). I en engelsk studie (26) uppgav många patienter att de upplevde oro över hur skadat hjärtat var och vilka följder av det som de kunde förvänta sig. Generellt ville patienterna ha mera detaljerad information om ämnet, men det visade sig också vare en utmaning för patienterna att ta till sig den informationen de fick. Även i denna studie (26) visade det sig att vissa patienter hade missuppfattat skadan och trodde att det hade med lungorna att göra istället för hjärtat. Andra kunde däremot tydligt förklara skillnaden mellan hjärtinfarkt och angina besvär på en avancerad nivå (26). I en studie (34) från England där mäns självrapporterade livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt studerades visade det sig att många män hade missuppfattat skadan på hjärtat. Över hälften av männen (55 procent) trodde att det för alltid skulle finnas ett svagt område i hjärtat som lätt kunde gå sönder och 47 procent visste inte att skadan i hjärtat efter en okomplicerad hjärtinfarkt var återställd efter 2-3 månader (34). En sammanfattning av studierna (26,31,34) visar att variationen i kunskapen patienterna har om sin sjukdom efter en hjärtinfarkt var stor. Många patienter har missuppfattat informationen eller saknar information, andra däremot har stor kunskap på en avancerad nivå.

Hur informationen ges

I en norsk studie (22) berättade patienterna att de fick information om hjärtinfarkten skriftligt, muntligt och via videofilm. Studier (26,27,35,36) har visat att de flesta patienter föredrog att

få muntlig individuell information med skriftlig information som komplement att ta med hem. Patienterna menade att genom att få information individuellt gavs det möjlighet att ställa frågor samt att informationen ansågs mera personlig och sanningsenlig (26,27,35,36). Någon uttryckte en önskan om att få en "karta" över hur han/hon skulle gå (35). Informationen upplevdes i vissa fall för generell och det var svårt att ta till sig vad som gällde för den enskilda patienten (22,36). Patienter menade att det var viktigt att informationen som gavs inte var dömande samt att den var ärlig, konsekvent (26,36), lätt att förstå samt skriven på ett enkelt språk utan facktermer (26,33,35). I en studie (37) beskrev patienterna att de upplevde att sjukvårdspersonalen hade försökt att informera dem men att det var svårt att förstå informationen på grund av den terminologi som användes och att situationen var stressig. Även senare under sjukhusvistelsen var det sällan informationen gavs i lugn och privat miljö (37). Andra studier (23,35,37,38) har visat att patienter upplevde stress och osäkerhet när olika personer i personalgruppen gav information som var motstridande (23,35,37,38). Vidare beskrev patienter vikten av att sjukvårdspersonal såg till att informationen om t.ex. läkemedel uppfattades rätt. En patient berättade att han hade upplevt besvär med hosta i en månad innan återbesöket hos doktorn då han hade fått veta att det var medicinen som orsakat den. Patienterna föredrog också mindre mängd information som repeterades både muntligt och skriftligt vid flera olika tillfällen istället för mycket vid ett tillfälle (23,35).

Sammanfattningsvis visar studier att patienter önskar få konkret lättförstålig information anpassad till individen som ges i lugn och ro där möjlighet till att ställa frågor finns (22,26,27,33,35-37). Vårdpersonal behöver förvissa sig om patienterna har förstått den information som givits (23,35).

När informationen ges

En norsk studie (22) visade att de flesta patienter var nöjda med den information de hade fått i akutskedet av hjärtinfarkten. En studie (26) visade också att vissa patienter ville ha information om sitt hälsoläge direkt på sjukhuset. En annan studie (39) visade att där patienter och deras anhöriga hade fått individuell och tydlig information på intensivavdelningen minskade deras oro vid överflytt till en "vanlig" vårdavdelning jämfört med för patienter som inte hade fått samma information (39). Andra patienter i studier (26,32) upplevde första tiden på sjukhuset som om de var i chock eller distanserade sig från händelsen, det kändes överkligt. Patienternas känslomässiga reaktion samt den korta vårdtiden fungerade som ett hinder för att effektivt kunna ta till sig information de första dagarna på sjukhuset. Även

sjuksköterskor har i en studie (40) berättat att deras erfarenhet är att patienterna första tiden efter en hjärtinfarkt var förvirrade och att de inte alltid förstod vad som hade hänt eller vad konsekvenserna av hjärtinfarkten skulle bli. Några ansåg att den bästa tiden för information var i slutet av sjukhusvistelsen eller första tiden hemma (26). En del patienterna beskrev att när de kom hem från sjukhuset så ökade behovet av information. Vissa beskrev hur de förberedde frågor inför läkarbesöken och andra blev mer aktiv i att själva söka information. Ju mer information patienten fick genom att läsa eller höra om hjärtinfarkt desto mera triggade det till frågor (35). En del patienter såg processen med hälsoinformation som en ”sammanhängande kedja” där det inte fanns någon rätt eller fel tidpunkt för information utan föredrog att få information vid flera olika tillfällen (26,35).

Det studierna (22,26,32,35,39,40) sammanfattningsvis visade är att det är individuellt när patienterna föredrar att få information om sin hjärtinfarkt och när de är mottagliga att ta till sig informationen. Vissa patienter vill ha mycket information direkt i akutfasen, andra har svårt att ta till sig information första dagarna och föredrar att få informationen i slutet av sjukhusvistelsen. Vissa patienter beskrev att informationsbehovet ökade vid hemkomst och en del menade att det inte fanns någon rätt tidpunkt för information utan föredrar att få den vid flera olika tillfällen.

Vem som ger informationen

En engelsk studie (26) visade att för vissa patienter spelade det ingen roll vem som gav informationen till dem angående hjärtinfarkt utan det viktigaste var snarare att informationen var noggrann, konsekvent och förstålig. Ibland efterfrågade patienterna information hos flera olika yrkesgrupper för att få fram information. Flera studier (26,28,41) har visat att vissa patienter såg det som om det var doktorn som var den främsta personen att lämna information. Patienterna resonerade att sjuksköterskorna hade mindre kunskap och att de mera bara ”skickade vidare” information än att faktiskt vara en källa för information (26,28). I en annan studie (23) uppgav flera av männen i den studien däremot att de upplevde problem med informationen från läkaren och detta förklarades med att läkaren var stressad eller okänslig, inte tog dem på allvar och att det var brist på uppföljning. Studier (23,26) har visat att en del patienter dock föredrog att få information från sjuksköterskor då de hade en bättre och lättare konversation med henne än med läkaren. Sköterskan var bra på att förklara och tog sig tid för patienten (23,26). I en svensk studie (23) framkom att männen i studien tyckte det var viktigt att själv ta initiativet att söka kunskap och att lita på sin egen förmåga och erfarenhet istället

för att endast lita på informationen från doktorn. Vissa patienter upplevde att genom utbyte av erfarenheter med andra patienter hjälpte det dem till att förstå sin egen situation (23).

Sammanfattningsvis varierar det bland patienterna vilken de föredrog att få sin information från (23,26,28,41). Vissa patienter såg doktorn som främsta person att lämna information då de trodde att sjuksköterskorna hade mindre kunskap (26,28,41). Andra patienter föredrog att få informationen från sjuksköterskorna då de förklarade på ett enkelt sätt(23,26). Några ansåg att det var viktigt att själv söka kunskap och inte bara lita på informationen från doktorn (23).

Patienten är själv aktiv i informationssökning

Studier (22,35) har visat att patienter upplevde det nödvändigt att ta en aktiv roll genom att förbereda och ställa frågor (22,35) och delta i utbildningstillfällen som videovisningen snarare än att sitta och vänta på att personalen skulle berätta allt för dem (22). Andra patienter berättade att de kände sig förvirrade och chockade första tiden på sjukhuset vilket gjorde att det var omöjligt att tänka över situationen och att ställa rätt frågor till personalen. Även om de uppmanades av personalen att ställa frågor var det svårt att veta vad de skulle fråga om och vissa kände sig rädda för att ställa ”dumma” frågor (22,23). I en studie (33) om kvinnors erfarenhet av hjärtinfarkt berättade patienterna att de hade försökt förbereda frågor som de ställde till doktorn men att de upplevde att frågorna ignorerades vilket blev en stor besvikelse. I en annan studie (35) uttryckte vissa patienter en osäkerhet kring vilken aktivitetsnivå som var lämplig efter utskrivningen från sjukhus. Patienterna beskrev att de tog en mera aktiv roll i att försöka ändra sin livsstil när de kom hem från sjukhuset vilket inkluderade egen informationssökning angående kostråd och tips på bra mat. En patient beskrev att han först lyssnade till informationen han hade fått på sjukhuset och sen vid hemkomst själv läste om det (35). En studie (42) där internetanvändningen i hälsoinformation har undersökts visade att internet inte ersatte informationen från vårdgivare utan snarare var ett komplement för att konfirmera den information som var given eller för att få fördjupad förståelse. I en svensk studie (37) visade det sig att patienterna gjorde varierande försök att själv lära sig mera om sin hjärtinfarkt och om hur medicinen fungerade genom att söka på internet, läsa böcker och broschyrer samt att läsa information från apoteket. Detta gjorde att de kände sig mer säkra och om de inte förstod materialet de hade läst kände de sig mer bekväma med att ställa frågor kring hjärtinfarkt till vårdpersonalen (37). I en annan studie (26) framkom att det för de flesta patienter, särskilt de äldre, inte var populärt att själv söka information via datorer utan de beskrev sig själva som ”dataanalfabeter” eller att det tog för lång tid att lära sig (26). En svensk studie (43) visar dock att patienters användning av internet i informationssökning

kring sjukdomar och hälsoproblem har ökat i alla åldersgrupper (utom för de mellan 80-95 år) (43). Både läkare och sjuksköterskor ansåg i en svensk studie (44) att patienter som var aktivt involverad i sin situation och ställde frågor berikade deras arbete (44).

En sammanfattning av studierna (22,35,37) visar att många patienter är aktiva i informationssökning om hjärtinfarkt eller råd för livsstilsförändringar antingen genom att förbereda och ställa frågor till vårdpersonal eller genom egen sökning på internet eller via broschyrer. Genom att läsa material om hjärtinfarkt kände sig vissa patienter säkrare i att ställa frågor till vårdpersonalen (37). Andra patienter upplevde det svårt att veta vilka frågor som skulle ställas (22,23) och beskrev att det var svårt att själv söka information via datorer då det var för svårt att lära sig (26).

Informationens betydelse för motivation

En norsk studie (10) visade att för de flesta patienterna gällde att ju mer information de uppgav att de hade fått under sjukhusvistelsen desto nöjdare var de med sjukhusvistelsen och de upplevde också att de bättre kunde möta konsekvenserna av hjärtinfarkten efter utskrivningen (10). En studie (44) har visat att läkare oftare diskuterar daglig motion och livsstilsförändringar med patienten innan hemgång från sjukhuset efter en hjärtinfarkt jämfört med sjuksköterskorna (44). I en svensk studie (23) uppgav kvinnorna att bristen på konkret kunskap om de rekommenderade livsstilsförändringarna påverkade deras hälsa på ett negativt sätt (23). Studier (26,36) har visat att patienterna saknade stöd från vårdgivare för att kunna lyckas med de nödvändiga livsstilsförändringarna. Vidare upplevdes informationen som gavs kring livsstilsförändringar som standardiserad och inte individuell vilket gjorde att patienterna hade svårt att praktiskt veta hur de skulle gå till väga. (26,36). Vissa patienter nämnde att de önskade ytterligare information om t.ex. kostråd (26,36). Patienterna i en studie (37) upplevde att de saknade ett riktigt samtal med läkaren om konsekvenserna av sin hjärtinfarkt och vad behandlingen av hjärtinfarkten hade för betydelse för framtiden (37). I en dansk studie (4) berättade patienter som inte hade deltagit i hjärtrehabiliteringen att en orsak var brist på information om erbjudandet trots att de kände ett behov av hjälp till att komma igång och träna. Andra orsaker var ökade kostnader relaterat till transport, att de hade gått tillbaka till arbetet eller att inget behov för rehabilitering fanns (4).

I en studie från England (7) där personer som hade haft en hjärtinfarkt intervjuades cirka fyra månader efteråt om deras kunskap om hjärtinfarkt och livsstilsförändringar framkom att några

av personerna kände sig helt återställda. De såg hjärtinfarkten som ett akut tillstånd de nu tillfrisknat från, vilket minskade deras motivation till livsstilsförändringar. Några personer kände att det var viktigt med livsstilsförändringar då de inte kände sig helt återhämtade och för att minska risken för en ny hjärtinfarkt. Ett fåtal av personerna mådde inte alls bra och trodde att livet snart var slut för deras del och kände därför ingen mening med att sluta röka eller att göra några andra livsstilsförändringar (7). En annan studie (34) från England där mäns självrapporterade livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt hade studerats visade att många män hade missuppfattat vilken aktivitetsnivå som var bra efter en hjärtinfarkt. Av männen i studien (34) var det 26 procent som trodde att all fysisk aktivitet skulle undvikas i framtiden och 66 procent av männen som trodde att fysisk aktivitet var farligt och endast skulle utföras under medicinsk övervakning (34). Slutsatsen författarna i en engelsk litteratur studie (45) drar är att sjuksköterskor behöver ta hänsyn till vad patienten tror om sitt tillstånd och att det är viktigt att skingra missuppfattningar för att främja en positiv beteendeförändring för människor med kranskärslsjukdom (45).

Sammanfattningsvis visar studier (10,23,26,36,37) att patienter behöver konkret och individuell information om sin hjärtinfarkt, dess konsekvenser och behandlig för att kunna göra rekommenderade livsstilsförändringar. Studier (7,34,45) visade också att patienternas kunskap och upplevelse av sin hjärtinfarkt påverkade motivationen till livsstilsförändringar.

Problemområde

Då hjärtinfarkt fortfarande är den vanligaste dödsorsaken i Sverige är det av stor vikt att människor som har haft en hjärtinfarkt vidtar åtgärder för att minska risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt. De sekundärpreventiva åtgärder som anses viktigast för att förhindra en ny hjärtinfarkt är rökstopp, ökad fysisk aktivitet, bättre kost med mera frukt och grönsaker samt att blodtryck och blodfetter hålls på kontrollerad nivå. Studier har visat att följsamheten till läkemedel är större än följsamheten till livsstilsförändringar. Alla svenska sjukhus erbjuder idag sina hjärtinfarktspatienter olika hjärtrehabiliteringsprogram men deltagande är dock lågt och ett år efter en hjärtinfarkt röker fortfarande 44 procent av de hjärtinfarktspatienter som var rökare och endast 41 procent av patienterna deltog i fysisk aktivitet enligt rekommendationerna. Möjliga orsaker till detta som anges är korta uppföljningstider i slutenvården samt bristande rutiner för uppföljning och överrapportering till primärvården. Personer som har haft en hjärtinfarkt kommer att ingå i distriktssköterskans patientgrupp och då följsamheten till sekundärpreventiva åtgärder är låg känns det värdefullt

att undersöka hur dessa patienter upplever den information de får i samband med sin hjärtinfarkt. De studier författaren har hittat som har haft syftet att undersöka hur patienter upplever informationen de får i samband med en hjärtinfarkt är främst studier från andra länder med ett annat sjukvårdssystem än det som finns i Sverige. De studier som författaren har hittat från Sverige syftar främst till att undersöka patienters upplevelse och erfarenhet av hjärtinfarkten eller vilka faktorer som har stöttat och hjälpt dem efter hjärtinfarkten. Författaren har inte hittat någon studie från Sverige som har haft syftet att undersöka hur patienter upplever den information de får i samband med en hjärtinfarkt. Med ökad förståelse för hur personer som har haft en hjärtinfarkt upplever informationen de får i samband med den, vad de upplever bristande respektive stärkande, hoppas författaren att distriktssköterskan bättre kan möta och hjälpa dessa patienter i sitt arbete.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av informationen i samband med hjärtinfarkt.

Metod

Design

Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design.

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Deltagarna i studien valdes ut genom ändamålsurval som enligt Polit och Beck (46) kan användas för att få ett så varierat urval som möjligt. Författaren i denna studie hade önskemål om en variation i ålder och kön (46). Inklusionskriterier var att de hade haft en hjärtinfarkt för cirka fyra månader sedan och behärskade svenska språket. Inklusionskriteriet att hjärtinfarkten skulle ha inträffat för cirka fyra månader sedan visade sig dock svårt att uppfylla då tre av personerna som valde att delta hade haft sin hjärtinfarkt längre tillbaka. Då författaren till studien ansåg att dessa intervjuer var innehållsrika togs de ändå med i studien. Undersökningsgruppen bestod av 10 deltagare som deltog i hjärtrehabiliteringen på ett sjukhus i Mellansverige efter en hjärtinfarkt, tre kvinnor och sju män i åldern 39 till 80 år där medelåldern var 66 år. Sju av deltagarna hade haft en hjärtinfarkt för 3 till 4 månader sedan, för 2 av deltagarna var det 10 till 12 månader sedan de haft en hjärtinfarkt och 1 deltagare hade haft sin hjärtinfarkt för 7 år sedan. Två av deltagarna var fortfarande yrkesverksamma

och resterande var ålderspensionärer. Alla personer som lämnade svar om intresse och blev uppringda för vidare information valde att delta i studien.

Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjuguide användes som datainsamlingsmetod (46). Författaren hade konstruerat intervjuguiden utifrån studiens syfte. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor om deltagarens ålder, sysselsättning och hur lång tid det hade gått från hjärtinfarkten.

Intervjun fortsatte sedan med en öppningsfråga där författaren frågade om hur det hade gått till när deltagaren fick sin hjärtinfarkt detta för att få deltagaren att börja prata och komma tillbaka i tanken till situationen kring hjärtinfarkten. Sedan följde frågor om vilken information deltagaren hade fått om hjärtinfarkt genom vårdkedjan och hur upplevelsen av den informationen var. Följdfrågor, probes, användes också. Probes kan användas för att få ett mera utförligt svar på en fråga. Exempel på probes kan vara ”när han/hon sa det, hur kände du då?” eller ”vad hände efter det?” (46). Intervjuerna spelades in på bandspelare.

Tillvägagångssätt

Godkännande från forskningsetiska rådet inhämtades i januari 2011. Kontakt togs med verksamhetschefen för hjärtenheten på ett sjukhus i Mellansverige för godkännande av studien. Därefter kontaktades två sjuksköterskor på hjärtgymnastiken på sjukhuset för att via dem ge ut informationsbrev (missivbrev) med frågan om deltagande i studien till personer som hade haft en hjärtinfarkt och som visade intresse för att delta i studien. Författaren var vid två tillfällen också med på hjärtgymnastiken och informerade muntligt om studiens syfte. Missivbrevet innehöll information om studiens syfte och tillvägagångssätt, att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta deltagandet i studien utan att uppge anledning. Vidare framgick att eventuell medverkan eller ej inte skulle påverka deras ordinarie vård på något sätt. Information gavs även om att allt material skulle hanteras konfidentiellt. En svarsblankett där de personer som var intresserade kunde fylla i sitt namn och telefonnummer skickades med missivbrevet. De personer som valde att delta i studien lämnade svarsblanketten till sjuksköterskan på hjärtgymnastiken och författaren fick hämta upp dessa blanketter på sjukhuset. Författaren tog därefter kontakt med personerna via telefon för att ge ytterligare information om studien och överenskommelse om plats och tid för intervjun utifrån personernas önskemål. Tre personer valde att bli intervjuade i sitt hem och sju ville träffas på en neutral plats. Författaren fick låna ett rum på en forsknings och utvecklingsenhet inom sjukhuset för de intervjuer som inte skedde i hemmen. Författaren

utförde åtta av intervjuerna under våren 2011 och de två resterande under hösten 2011. Intervjuerna tog mellan 15-67 minuter och den genomsnittliga längden var 35 minuter, de spelades in på band och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

Intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (47). Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes noggrant igenom flera gånger för att skapa en helhet och förståelse av texten. Texten delades därefter upp i meningsbärande enheter, som bestod av ord, meningar eller stycken som hörde ihop i sitt sammanhang, utifrån syftet med studien. Därefter kondenserades texten vilket innebar att all onödig text togs bort men behöll samma innebörd. Den kondenserade texten kodades och blev som en etikett på den meningsbärande enheten som kortfattat talade om vad texten handlade om. Kodernas innehåll jämfördes och delades vidare in i subkategorier och kategorier utifrån likheter och skillnader, dessa svarade på frågan ”vad?”. Vid analysarbetet såg författaren hela tiden tillbaka till tidigare steg i arbetet för att behålla helheten (47). Under arbetets gång har handledaren samt kurskamrater varit med som medbedömare i analysen av materialet.

Forskningsetiska överväganden

Ansökan till forskningsetiska rådet på högskolan gjordes och erhöles i januari 2011. Tillstånd till att genomföra studien erhöles från verksamhetschefen på hjärtenheten på ett sjukhus i Mellansverige efter att författaren informerat om studien både muntligt och skriftligt. Allt material från intervjun har hanterats konfidentiellt samt förvarats så att ingen obehörig har kunnat komma åt det. Resultatet av studien presenteras så att ingen person kan identifieras. När uppsatsen blivit godkänd kommer allt insamlat material att förstöras. Personerna fick före intervjun både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Allt deltagande var frivilligt och deltagande i studien kunde när som helst avbrytas utan motivering. Författaren var inte knuten till vården av dessa patienter.

Resultat

Resultatet av studien presenteras i löpande text och tabell utifrån de fyra kategorierna och de nio subkategorierna som framkom i analysen (tabell 1). Kategorierna beskrivs i löpande text och med citat från intervjuerna där siffran inom parentes visar från vilken intervju citatet är hämtat.

Tabell 1: Sammanställning av kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Att inte ta till sig information	<ul style="list-style-type: none">• Att inte vara redo för information
Brister i informationen	<ul style="list-style-type: none">• Sakinhåll• Framförandet
Patienten tar ett aktivt val	<ul style="list-style-type: none">• Att själv söka/inte söka information• Att vara förberedd med frågor
Förstärkande faktorer	<ul style="list-style-type: none">• Broschyrer och bilder• Fysiska tester• Att uppleva stöd i andras berättelser• Att få svar på frågor allt eftersom

Att inte ta till sig information

Denna kategori innehåller subkategorin *att inte vara redo för information*. Den beskriver att deltagarna framförallt under den första tiden efter hjärtinfarkten hade svårt att ta till sig av den information de fick i och med hjärtinfarkten.

Att inte vara redo för information

Den här subkategorin beskriver svårigheten med att ta till sig information de första dygnet på sjukhuset i samband med hjärtinfarkten. Deltagarna beskrev att händelseförloppet gick fort och att de *"flyttades från säng till säng"*, det var många saker som hände samtidigt runt dem och det var mycket olika personal. Vissa deltagare beskrev att de fick information om diagnosen hjärtinfarkt och vilka åtgärder som var planerade men att det var svårt att ta till sig och förstå den informationen i det akuta läget. Andra deltagare beskrev att de sökte vård på hälsocentralen med besvär som de förknippade med förkylning eller lungproblem. Dessa deltagare hade svårt att tro på informationen de fick om att det var hjärtat det var fel på

eftersom de aldrig tidigare hade haft liknande problem. ”Sen var det ju svårt tycker jag att ta till sig informationen. Alltså just när man låg där, det var ju som en chock allting och jag... tycker man, ja det var ju svårt, för mig i alla fall att man haft en hjärtinfarkt. Jag visste ju knappt var det var... en hjärtinfarkt innan jag varit med om det här... dom där första dygnet var ju kaotiska”(9). Deltagarna berättade även om svårigheter med att minnas den information de hade fått det första dygnet på sjukhuset då hjärtinfarkten kändes överklig och de var i en chockfas. ”Jag var så uppskrädd så jag minns inte så mycket, jag får fråga min fru för hon var med”(3).

Brister i information

Denna kategori består av subkategorierna *sakinnehåll* och *framförandet*. Subkategorierna beskriver att deltagarna saknade information om sakinnehåll till exempel mediciner, behandling och orsak till hjärtinfarkten samt hur det kunde kännas psykiskt och fysiskt efter en hjärtinfarkt. De saknade också mera konkret information för att förstå vad som gällde för just dem. I denna kategori beskrev även deltagarna svårigheter att förstå den information de fick på grund av framförandet till exempel att vårdpersonalen använde facktermer som var svåra att förstå, talade otydligt, för lågt samt språksvårigheter.

Sakinnehåll

I subkategorin framkom att deltagarna upplevde brister i informationen gällande sakinnehåll som information om medicinens orsak, verkan och biverkan. Det kunde också handla om brister i information gällande behandling, orsak till hjärtinfarkten samt information om senaste forskningen inom hjärtrehabilitering. Vidare i denna subkategori beskrev deltagarna att de saknade information om hur det kunde kännas psykiskt och fysiskt efter en hjärtinfarkt. Vissa deltagarna upplevde att de inte hade fått svar på alla sina frågor samt att de saknade mera konkret information. Ibland upplevde deltagarna att informationen de hade fått inte stämde med hur de själva upplevde situationen.

Deltagare beskrev att de saknade information i samband med hjärtinfarkten om vilka mediciner de fick utskrivna och varför de skulle ätas. Deltagarna upplevde även brister i informationen gällande hur medicinen verkade och vilka biverkningar den gav samt information om vid vilka symtom och problem kontakt med vården skulle tas. En deltagare beskrev att vid utskrivningen från sjukhuset hade doktorn varit stressad och hade inte haft tid att svara på deltagarens frågor om de nyinsatta medicinerna och deras eventuella biverkningar. Deltagaren fick själv läsa om medicinens verkan och biverkan på bipacksedeln

som kommer med läkemedlet. De deltagare som hade fått beskrivet vilka mediciner som skulle ätas kunde ändå sakna information om orsaken till att medicinen ordinerats och hur den påverkade hjärtat. Det framkom också i intervjun att en deltagare blivit dålig då en medicin ätits för lång tid, det hade inte framgått i informationen om hur länge den skulle ätas. *"Det här med medicinerna till exempel, det här ska du äta, punkt slut. Dom talar inte om vad den är bra för"*(4).

Deltagarna i intervjun saknade utförlig information om vårdförloppet och om vilken behandling som var genomförd. Någon deltagare hade läst sig till information om att det fanns olika typer av stent att behandla en hjärtinfarkt med men saknade information om sin egen behandling. Deltagarna beskrev vidare att de saknade information om orsak till hjärtinfarkten. Många deltagare upplevde orsaken som oklar då de aldrig tidigare hade haft problem med hjärtat, inte hade några tydliga riskfaktorer och inte heller någon ärftlighet. Någon deltagare beskrev att kontroller på blodfetter gjorts via arbetet genom åren och att de alltid hade ansetts vara utan anmärkning. Några deltagare berättade dock att de hade accepterat det faktum att de inte visste varför de hade drabbats av en hjärtinfarkt. *"Nä, jag vet inte om jag kan begära att någon ska kunna veta det heller liksom men nu är det bara så, jag tror att jag har accepterat att nu är det så"* (8). Någon deltagare upplevde även brist i informationen om den senaste forskningen när det gällde hjärtrehabilitering. Deltagaren hade hittat information på internet om effektiva metoder för hjärtrehabiliteringen men vårdpersonalen saknade kunskap om dessa metoder.

Flera deltagare saknade information om hur det kunde kännas efter en hjärtinfarkt både psykiskt och fysiskt. Det som deltagarna saknade var information om att känslor av oro och rädsla efter utskrivningen från sjukhuset var vanligt förekommande efter en hjärtinfarkt. Det kunde även vara funderingar över olika symtom som deltagarna kunde uppleva, vad som var normalt och när kontakt med vården skulle tas. *"Det tog ju ett tag innan första återbesöket till hjärtsköterskan och då under den tiden hade jag hjärtsvikt och jag hade inte medicin för det då. Och jag trodde då va att man skulle vara så fruktansvärt andfådd och orkeslös. Jag trodde det ingick i sjukdomsbilden"*(10). Deltagare saknade även information om hur mycket fysisk aktivitet som var bra, många vågade inte anstränga sig av rädsla att skada hjärtat.

Några deltagare upplevde att de inte hade fått svar på de frågor och funderingar de hade kring symtom efter sin hjärtinfarkt. Det kunde gälla frågor om orsak till hög vilopuls eller obehag i bröstet. Deltagarna beskrev även brist på konkret information. En deltagare saknade konkret

information om smärta eller obehag i bröstet, hur det skulle kännas när det var ofarligt respektive farligt. Vidare saknade deltagarna konkret information om kosten och dess betydelse, vad som händer i kroppen om inte kostråden följs. Även tips på bra mat och recept med lättlagade maträtter efterfrågades. Någon deltagare beskrev informationen om kost och motion som bristfällig. Många deltagare upplevde att en stor del av informationen de hade fått efter hjärtinfarkten var för ytlig och allmän vilket gjorde att det var svårt att veta vad som gällde för just dem. *”just det här med födan är väldigt viktig, och vad händer om jag inte följer den här vad heter det..... eh...cirkeln, kostcirkeln dom upprättat...//... och sen just det här med i broschyren står det lite allmänt att man ska gå... eller motionera och äta rätt” (5).*

Informationen deltagarna fick stämde inte alltid med vad de själva upplevde. En deltagare berättade att det enligt broschyren om hjärtinfarkt tog tre månader att bli helt återställd efter en hjärtinfarkt men att deltagaren inte alls upplevde sig återställd då. Andra deltagare berättade att vårdpersonal hade beskrivit deras tillstånd efter hjärtinfarkten som värre än vad de själva upplevde det.

Framförandet

Den här subkategorin beskriver svårigheterna med att förstå informationen. Det kan gälla när vårdpersonalen inte ger samstämmig information eller använder ett för avancerat fackspråk i information samt svårigheter i att förstå informationen på grund av språksvårigheter relaterade till nationalitet.

Deltagare beskrev att det upplevdes förvirrande när olika personer gav olika information. Några deltagare berättade att de vid sjukhusvistelsen hade fått träffa fyra till fem olika läkare som hade olika åsikt vilket ledde till att deltagarna upplevde det svårt att förstå och ta in informationen de fick. Någon deltagare upplevde att sjuksköterskorna på avdelningen var bra på att lyssna men att de inte hade som uppgift i sin yrkesroll att informera patienterna, att hon inte hade tillåtelse till det, utan det var doktors ansvar. En annan deltagare beskrev att tilltron och respekten var större till doktorn än till sjuksköterskan gällande till exempel kunskapen om medicinens verkan och biverkan och hade därför inte ställt dessa frågor till sjuksköterskorna.

Någon deltagare upplevde svårigheter i att förstå informationen som gavs vid utskrivningen om t.ex. mediciner på grund av språksvårigheter utifrån nationalitet. *”Den läkare som skrev ut mig sist, om han kunde vara NN (nationalitet) eller nåt, ja det var inte mycket vi förstod varann” (1).* En annan

deltagare berättade om svårigheter med att läsa och förstå utskrivningsmeddelandet då det var skrivet på fackspråk. Deltagarna beskrev även svårigheten med att uppfatta information som framfördes på ett otydligt sätt till exempel genom att vårdpersonalen pratade för lågt så det var svårt att höra eller när informationen gavs med bilder med för liten text. Många gånger var det också tidsbrist under informationen vilket gjorde att deltagare hade svårt att få den tid som behövdes för att förstå informationen. Deltagare förstod allvaret med att ha haft en hjärtinfarkt och beskrev en frustration över att inte förstå den information som gavs.

Patienten tar ett aktivt val

Denna kategori består av subkategorierna *att själv söka information versus inte söka information* och *att vara förberedd med frågor*. Kategorin beskriver att deltagarna själva tar ansvar för att tillgodose sig med information genom att ställa frågor eller söka egen information t.ex. via internet. Den kan också gälla att deltagarna tar ett aktivt val att inte söka information via internet då rädsla finns för att den informationen kan vara skrämmande.

Att själv söka information versus inte söka information

Deltagarna beskrev att de hade sökt information kring hjärtinfarkt via internet för att få svar på de frågor och funderingar som uppkommit. Informationen på internet upplevdes som informativ och överrensstämmande med den information deltagarna hade fått via vården, det fanns dessutom mera djupgående information att hitta. En deltagare beskrev också att det gick att hitta information på internet om t.ex. kosten som inte stämde överrens med informationen från vården. *"nej, det går inte att trycka ihop allt i en folder, internet är oändligt, kan man dessutom läsa engelska finns det ännu mer"* (2). Vissa deltagare berättade att de hade läst läkemedlens bipacksedlar då de inte hade fått någon information om medicinens verkan och biverkan från vårdpersonal. Deltagarna beskrev informationen på bipacksedlarna som tydlig och informativ och den gav svar på de frågor och funderingar deltagarna hade.

Vissa deltagare berättade om ett medvetet val att inte söka information på internet kring frågor om hjärtinfarkt då informationen som gavs via vården var tillräckligt bra och informativ. Det fanns också en rädsla för att informationen via internet kunde vara negativ och skrämmande. En deltagare som hade sökt information via internet hade hittat skrämmande statistik för överlevnaden efter hjärtinfarkt och beskrev sin rädsla inför den informationen. Vissa deltagare berättade också att de redan innan hjärtinfarkten hade kunskap

om till exempel vilken kost som var bra. Deltagarna kände sig dessutom trygga med kunskapen att de alltid kunde ringa till hjärtmottagningen vid frågor.

Att vara förberedd med frågor

Deltagarna beskrev att informationen kring hjärtinfarkt var bra när de hade fått svar på alla sina frågor. Någon deltagare betonade att det var viktigt att fråga om det fanns oklarheter då vårdpersonalen inte kunde veta vad deltagarna uppfattade som oklart. En deltagare beskrev tryggheten med att vårdpersonalen hade svarat ärligt på alla frågor som ställdes och inte hade försökt att dölja något. Inför återbesöken hos hjärtsjuksköterskan och läkaren hade deltagarna hunnit få perspektiv på hjärtinfarkten och förberett sig med frågor och funderingar som uppkommit. Deltagarna upplevde att de fick den informationen de behövde och styrde samtalet genom sina frågor. *”och då hade jag förberett mig så jag hade en lista på tjugo frågor som vi drog igenom tillsammans med min fru...//...ja, jag frågade en massa saker om kost och sex och golf och.. Det kanske var jag som styrde det med andra ord med frågor” (2).*

Förstärkande information

Denna kategori innehåller subkategorierna *broschyrer och bilder, fysiska tester, att uppleva stöd i andras berättelser* och *att få svar på frågor allt eftersom*. Kategorin beskriver att information som var konkret via broschyrer och bilder eller där deltagarna fysiskt fick prova på något blev tydlig och lätt att ta till sig. Den här kategorin beskriver vidare att deltagarna har ökat sin kunskap om hjärtinfarkt och dess konsekvenser genom samtal och gemenskap med andra människor än vårdpersonal. I den här kategorin beskrivs också vikten av att få samma information vid flera tillfällen eller att nya frågor ”dyker upp” med tiden.

Broschyrer och bilder

Deltagarna upplevde att information i broschyren om hjärtinfarkt var tydlig, lättläst och informativ då de inte hade någon kunskap om hjärtinfarkt sen tidigare. I den kunde deltagarna läsa om till exempel livsstil och på ett tydligt sätt se vad som behövdes ändras. En deltagare berättade att genom att läsa broschyren så blev det uppenbart vad som behövde ändras i livsstilen vad gällde kost, motion, rökning och stress. Broschyren innehöll också information om hur det kunde kännas i kroppen fysiskt och psykiskt efteråt och det upplevdes som ett stöd. Många deltagare berättade att de läste broschyren upprepade gånger. *”Ja den handlade om vad som har skett, vad som sker efter två veckor, efter sex till åtta veckor efter tio till tolv veckor...//... Jaa, mmmm, och hur man känner sig pigg, framför allt de är.....(paus) man var ju hemskt deppig efter och det stod ju*

där också så det var ju bra att man fick det” (3). Deltagare som hade fått se en informationsfilm i samband med sjukhusvistelsen beskrev den som informativ, tydlig och positiv då det hade gått bra för personerna som deltog i filmen. Filmen visades dessutom några dagar efter hjärtinfarkten vilket ansågs vara ett bra tillfälle då deltagarna hade börjat fundera över de frågor som besvarades i filmen. Vissa deltagare berättade att de hade fått en bild över hjärtat och upplevde bilden som en hjälp att förstå vad som hade hänt i hjärtat och hur skadan var åtgärdad. Deltagarna beskrev även att de via hjärtrehabiliteringen hade fått fysisk aktivitet på recept samt ett PM som tydligt visade olika övningar som skulle göras vilket motiverade dem till träning hemma.

Fysiska tester

Rehabiliteringen med hjärtgymnastik upplevde deltagarna positiv då frågan om hur mycket ansträngning kroppen tålde var något många funderade över. På hjärtgymnastiken fick deltagarna fysiskt prova på att anstränga sig och känna hur mycket de vågade ”ta i” och detta under uppsikt av kompetent personal. *”Men genom att ha gått några gånger på hjärtgympan där sköterskorna sätter på motstånd individuellt beroende på var och en så har jag under sakkunnigt överinseende vågat göra saker så att jag blir svettig och det hade jag inte vågat göra utan dom, så nu vågar jag göra det hemma också. För går det bra där går det bra hemma” (7).*

En deltagare beskrev hur ett arbets- EKG hade förändrat inställningen till situationen efter hjärtinfarkten. Deltagaren trodde sig inte klara av en kortare promenad på trettio minuter men efter arbets- EKG:et kände han att han skulle klara ett vanligt liv med vanliga aktiviteter vilket gjorde att han slutade fundera på hur livet skulle bli i framtiden

Att uppleva stöd i andras berättelser

Den här subkategorin beskriver att deltagarna fick information, stöd och tips från andra människors berättelser och erfarenheter. En deltagare berättade att hans fru hade varit ett stort stöd efter hjärtinfarkten. Hon hade varit med under den första kaotiska tiden och kunde berätta om händelser han själv inte kom ihåg. En annan deltagare berättade om de stöd han hade upplevt av rumskamrater på sjukhuset som också hade haft en hjärtinfarkt. Genom att rumskamraterna hade gått igenom samma ”procedur” kunde de ge tips och råd samt att de hade förståelse för hur det kunde kännas efter en hjärtinfarkt. En deltagare hade en fått material i form av broschyrer och matrecept från en vän som tidigare hade haft en hjärtinfarkt. Genom det materialet hade hon fått hjälp att ändra sin kosthållning. Vidare beskrev deltagarna

att de upplevde det positivt med gruppträffar där det hade fått höra om andra människors upplevelse av hjärtinfarkt. Deltagarna berättade att de via andra människors berättelser hade fått större förståelse att symtomen på en hjärtinfarkt kan variera och att olika komplikationer kan inträffa i efterförloppet. Genom gruppträffarna upplevde deltagarna också att de inte var ensamma om sin upplevelse och sina besvär vilket upplevdes som ett stöd. *”att lyssna till vad alla varit med om.. aha, har du så och du så...alla hade olika. Det var överraskande för jag trodde att en hjärtinfarkt det var en hjärtinfarkt”*(6).

Att få svar på frågor allt eftersom

Deltagarna beskrev att nya frågor uppstod *”hela tiden”* samt att de behövde få svar på samma frågor flera gånger. Flera deltagare upplevde tiden från hjärtinfarkten som en *”resa”* de hade gjort. När de först kom in på sjukhuset med en hjärtinfarkt var det flera deltagare som beskrev att de inte förstod vad som hade hänt och inte hade någon information sen tidigare om hjärtinfarkt. Deltagarna berättade att de hade fått information genom hela processen, först när de kom in akut med ambulans eller via hälsocentral till akuten eller direkt till kranskärlsröntgen. Vidare beskrev deltagarna att de hade fått information på avdelningen som främst gavs på rondan och vid utskrivningen. Deltagarna berättade om återbesök hos både hjärtsköterska och läkare där de hade fått information främst genom de frågor de hade samlat på sig. Slutligen beskrev deltagarna att de hade deltagit i rehabiliteringsprogrammet, innehållande hjärtgymnastik och hjärtskola, där de också hade fått information och tillfällen att ställa sina frågor. *”lite grann har jag känslan av att det behöver hamras in lite i huvudet. Som sagt, dom här första dygnen är kaotiska sen efter hand lugnar det väl ner sig. Man kommer hem och lugnar ner sig...vad är det som har hänt? Men det är ändå mycket som man måste ta in, tycker jag..så upplevde jag det. Åh jag behövde kanske höra flera gånger att du äter den här medicinen för att... så att det är mycket information man får flera gånger vilket jag tycker har varit bra. Nu känner man sig att nu vet man ju vad det handlar om”* (9).

Många deltagare upplevde återbesöken hos hjärtsköterskan som mycket informativa och viktiga. Flera deltagare beskrev att det var hos hjärtsköterskan de hade fått information om hela händelseförloppet med behandling, orsak till insatta läkemedel samt eventuella biverkningar. Deltagarna beskrev vidare att det var på dessa besök som de hade fått information om nödvändiga livsstilsförändringar. Deltagarna berättade att informationen från hjärtsköterskan på återbesöken gavs i lugn och ro och att informationen var tydlig och bra samt att det fanns tid för alla frågor som deltagarna hade. *”Hjärtsköterskan det tycker jag var kanon för henne fick jag ju träffa ganska snabbt då efter att jag kommit hem. Och hon tog ju väldigt god tid på sig att informera, det var väldigt bra tycker jag”*(10). Deltagarna beskrev att de genom hela *”processen”*

hade känt sig väl omhändertagna. Vårdpersonalen hade varit noga med att informera om vad som skulle ske och hade varit mån om att deltagarna mådde bra. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen såg dem som viktiga och engagerade sig i dem.

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av informationen i samband med hjärtinfarkt. Resultatet redovisas utifrån fyra kategorier: *att inte ta till sig information, brister i informationen, patienten tar ett aktivt val* och *förstärkande faktorer*. Resultatet visade att deltagarna hade svårt att ta till sig den information de fick första tiden på sjukhuset då situationen upplevdes skrämmande. Deltagarna upplevde brister i informationen främst gällande läkemedel, vilken behandling som var gjord, orsak till hjärtinfarkten samt att de efterfrågade mera konkret information. Vidare kunde brister i information gälla framförandet t.ex. facktermer som gjorde det svårt att förstå informationen och språksvårigheter.

Deltagarna beskrev också att de själva tog ett aktivt val i informationssökningen genom att förbereda frågor inför återbesök eller genom att söka egen information via internet, broschyrer eller på läkemedlens bipacksedlar. Faktorer som upplevdes stärkande var konkret information stärkt via broschyrer, bilder eller film. Att rent praktiskt få utföra olika funktionstester t.ex. arbetsprov upplevdes också som en fysiskt förstärkande faktor i informationen. Deltagarna berättade att nya frågor uppkom med tiden och andra frågor behövde besvaras flera gånger.

Resultatdiskussion

Resultatet från föreliggande studie visade att deltagarna hade svårigheter att ta till sig och minnas den information de fick första tiden på sjukhuset då det hände mycket runt omkring dem och de befann sig i ett uppskärrat tillstånd. Detta överrensstämmer med tidigare studier (26,32) där patienterna beskrev att de var i chock och distanserade sig första tiden på sjukhuset och inte kunde ta till sig så mycket information, utan föredrog att få informationen i slutet av sjukhusvistelsen. Vissa patienter beskrev dock vikten av att få information om sitt hälsoläge så fort som möjligt. Socialstyrelsen (21) skriver i sin rapport om patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande att information som ges samtidigt som patienten får besked om en allvarlig diagnos oftast inte uppfattas. Där behöver informationen följas upp genom ny information dagen efter eller någon dag senare (21). Både tidigare studier och

föreliggande studie stärker Socialstyrelsens rapport om vikten att repetera information som ges i akutskedet av en hjärtinfarkt.

I föreliggande studie beskrev deltagarna att de saknade information om sakinnehåll som till exempel mediciner, vilken behandling de hade fått, vad som orsakade hjärtinfarkten samt hur det kunde kännas psykiskt och fysiskt efter en hjärtinfarkt. Tidigare studier (10,26) i ämnet har visat liknande resultat där personer som hade haft en hjärtinfarkt beskrev bristerna i information gällde läkemedel (10,26). Dessa studier (10,26) visade även brister i information gällande vilka problem patienterna kunde vänta sig i framtiden samt nödvändiga livsstilsförändring (10,26). Flera studier (4,26-30) har visat att den information som patienterna ansåg viktigast var att själv kunna se och tolka de fysiska tecken och symtom som kan föregå en hjärtinfarkt och det var viktigt för tidig återhämtning. Detta resultat är intressant att se då så många studier tidigare har fokuserat på vad patienten upplever som viktig information efter en hjärtinfarkt och vad som hjälper dem i återhämtning. Trots kunskap om patienternas informationsbehov finns det fortfarande patienter som upplever bristande information.

I en engelsk studie (26) berättade flera av personerna i studien att de hade kunskap om att minska risken för ett återfall av hjärtinfarkt genom att göra hälsosamma livsstilsförändringar men de var svårt att praktiskt veta hur de skulle gå till väga. Några personer nämnde att de önskade ytterligare information om kostråd. Även om de redan hade fått information om kosten så visste de inte hur det skulle gå till väga rent konkret (26). Flera studier (26,27,35,36) visade att patienterna föredrog att få muntlig individuell information med skriftlig information som komplement att läsa hemma. Genom att få informationen individuellt menade patienterna att möjlighet till att ställa frågor gavs samt att informationen ansågs mera personlig och sanningsenlig. Detta stämmer bra med resultatet i föreliggande studie som också visade att deltagarna upplevde en brist på konkret information t.ex. om recept och kostråd och vad som händer i kroppen om dessa råd inte följs. Informationen behövde också vara individuell för att deltagarna skulle förstå vad som gällde för just dem. Patienter i en studie från USA (35) beskrev vikten av att sjukvårdspersonal såg till att informationen om t.ex. läkemedel verkligen uppfattades rätt. En patient berättade om en besvärande hosta han hade haft i en månad innan han kom på återbesök hos doktorn och då fick beskedet att medicinen hade orsakat hostan (35). I föreliggande studie framkom liknande resultat då en deltagare hade drabbats av hjärtsvikt efter hjärtinfarkten med andningsbesvär och trötthet men trodde att symtomen var

normala efter en hjärtinfarkt. Föreliggande studie liksom tidigare studier beskriver att trots att patienterna fått information både om livsstilsförändringar, vilka symtom som förekommer en hjärtinfarkt samt symtom av hjärtinfarkten/medicinen upplevde patienter att de inte visste vad som gällde för just dem. Detta visar på vikten av att ge individuell information samt kontrollera vad patienten har uppfattat och vilken information som behöver kompletteras eller förtydligas.

I en studie från England (26) där vissa patienter fick en svart vit bild från angiografen på hur det såg ut i hjärtat före och efter operationen då blodflödet var återställt upplevde det som värdefull information som var äkta och konkret (26). Samma resultat framkom i föreliggande studie där deltagare beskrev att en bild på hjärtat tydligt och lättförståeligt visade vad som hade hänt i hjärtat och hur skadan var åtgärdad.

Resultatet i föreliggande visade att deltagarna hade svårigheter med att förstå information de fick på grund av framförandet till exempel att vårdpersonalen använde facktermer som var svåra att förstå, talade otydligt eller för lågt samt språksvårigheter utifrån nationalitet. Deltagarna i föreliggande studie beskrev vidare att det kunde upplevas förvirrande när olika personer gav olika information. Detta stämmer överrens med andra studier (33,35,38) där personerna i studien beskrev vikten av att informationen gavs på ett begripligt sätt utan facktermer. Informationen skulle vara konkret och lätt att förstå samt individuell. Tidigare studier (23,35,37,38) har också beskrivit att patienterna ibland fick motstridig information av olika personal vilket gjorde att de kände sig förvirrade, stressade och osäkra. Återigen visar resultatet vikten av att ta reda på hur patienten har uppfattat informationen som är given.

Några deltagare i föreliggande studie upplevde att sjuksköterskorna på avdelningen var bra på att lyssna och trodde att de hade mycket information att ge men att de inte ingick i deras yrkesroll, att de inte hade tillåtelse till att informera utan det var doktors område. En annan deltagare beskrev att tilltron och respekten var större till doktorn än till sjuksköterskan gällande till exempel kunskapen om medicinens verkan och biverkan och hade därför inte ställt dessa frågor till sjuksköterskorna. Detta stämmer med tidigare studier (26,28,41) som har kommit fram till samma resultat där vissa patienter såg det som att det var doktorn som var den främsta personen att informera. Vissa patienter resonerade att sjuksköterskorna hade mindre kunskap och att de bara ”skickade vidare” information än att faktiskt besitta kunskap (26,28). Andra patienter i studier (23,26) berättade dock att de föredrog att få

information från sjuksköterskor då de gav mera personlig tid med dem och att de var lättare att förstå den informationen då sjuksköterskorna pratade på ett enklare språk. Även i föreliggande studie framkom det resultatet då många deltagare beskrev upplevelsen av återbesöken hos hjärtsköterskan som mycket värdefulla. Där fick de i lugn och ro informativ och viktig information på individuell nivå om hela vårdförloppet med orsak, behandling och medicinering.

Föreliggande studies resultat visade att vissa deltagare aktivt hade sökt information via internet i frågor kring hjärtinfarkt. Informationen via internet upplevdes informativ och överrensstämmande med den information som gavs via vården. Dessutom gick det att via internet att få fördjupat kunskap inom området. Många hade också läst läkemedlets bipacksedel för att inhämta information om orsak till läkemedlet och biverkningar som kunde uppstå av dessa. Studie (37) visar på liknande resultat där personer gjorde varierande försök i att söka information via internet, läsa böcker och broschyrer samt information från apoteket. Patienterna beskrev att de kände sig säkrare genom att ha sökt egen information och i de fall de inte förstod informationen upplevde de sig mera bekväma med att ställa frågor till vårdpersonalen kring det som var oklart (37). En studie (35) visade också att patienter som hade haft en hjärtinfarkt tog en aktiv roll i att försöka hitta information angående kostråd och tips på bra mat för att försöka ändra sin livsstil (35). Deltagarna i föreliggande studie som inte hade sökt egen information via t.ex. internet beskrev att anledningen till det som att de redan hade tillräckligt bra information och inte saknade något. I en engelsk studie (26) uppgav däremot patienterna, särskilt de som var äldre, att det var svårt att söka information via datorer då de beskrev sig själva som ”dataanalfabeter” eller att det tog för lång tid att lära sig.

Flera deltagare i föreliggande studie beskrev att de särskilt inför återbesöken hade hunnit få perspektiv på hjärtinfarkten och hade förberett sig med frågor och funderingar. Deltagarna upplevde att de fick den information de behövde genom sina frågor och att de genom dessa styrde samtalet. Detta överrensstämmer med en studie (35) som beskrev att patienterna fick ett ökat behov av information efter att de hade kommit hem från sjukhuset. Vissa patienter beskrev att de hade förberett frågor inför läkarbesöken och andra blev mer aktiv i att själv söka information. Ju mer information patienten fick genom att läsa eller höra om hjärtinfarkt desto flera frågor triggade det till (35). Det som inte framkom i föreliggande studie men däremot i andra studier (22,23) var att vissa patienter inte visste vad de skulle fråga om eller

att de kunde känna sig "rädda" att ställa fel frågor. Tänkvärt är att en patient som inte har några frågor därav inte behöver ha tillräcklig information.

Deltagarna i föreliggande studie beskrev att det dök upp nya frågor "hela tiden" eller att de behövde ha svar på samma frågor flera gånger. Flera deltagare beskrev tiden från hjärtinfarkten som en "resa" de hade gjort. Deltagarna hade fått ny och upprepad information genom processen som inkluderade sjukhusvistelsen, återbesök hos hjärtsköterska och doktor samt hjärtrehabiliteringen med hjärtgymnastik och hjärtskola. Genom dessa tillfällen beskrev deltagarna att det uppkom nya frågor vilka de kunde samla på sig för att ställa vid nästa tillfälle. Detta kan jämföras med en studie (26) som har visat att deltagare såg processen med hälsoinformation som en "sammanhängande kedja" där det inte fanns någon rätt eller fel tidpunkt för information (26). Detta resultat visar på vikten av upprepning av informationen lång tid efter en hjärtinfarkt.

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valde författaren till föreliggande studie att göra en intervjustudie vilket anses som en lämplig metod då människors upplevelse av någon specifikt vill undersökas (49).

Enligt Graneheim och Lundman (47) bör studiens trovärdighet granskas utifrån begreppen "credibility", "dependability" och "transferability". Begreppet "credibility" beskrivs som bedömningen av studiens giltighet, med "dependability" menas materialets tillförlitlighet och "transferability" beskriver materialets överförbarhet.

För att studien ska uppnå trovärdighet "credibility" är det viktigt att välja rätt metod vid datainsamlingen. Genom att deltagarna i studien varierade i ålder mellan trettionio till åttio år och att det både var män och kvinnor som deltog ökar det studiens "credability". Intervjuerna var mellan femton till sextiosju minuter med ett snitt på trettiotvå minuter vilka gav ett rikt material och anses öka "credability". I resultatets redovisning har även citat använts för att stärka trovärdigheten (47). En svaghet i studien skulle kunna vara att då deltagarna i studien valdes ut via bekvämlighetsurval vid en rehabiliteringsgrupp kan det ha påverkat resultatet. Det skulle kunna vara så att de människor som har haft en hjärtinfarkt och som inte väljer att delta i rehabiliteringen har andra åsikter och tankar kring informationen de fått. Resultatet i

föreliggande studie skiljer sig dock inte i någon större utsträckning från resultaten från liknande studier där urvalet gått till på ett annat sätt.

Genom att diskutera materialet i studien med forskarkollegor kan både ”credibility” och ”dependability” stärkas enligt Graneheim och Lundman (47). I föreliggande studie har handledaren (ME) och övriga kurskamrater i handledningsgruppen varit aktiva medbedömare under bearbetningen av resultatet. Handledaren (ME) har även läst de tre första intervjuer samt det kondenserade materialet. Analysarbetet har utförts i anslutning till att intervjuerna genomförts och transkriberats vilket var viktigt för att få en säker granskning av insamlad data. Författaren, handledaren (ME) samt kurskamrater har under arbetets gång diskuterat sig fram till kategorier och subkategorier. För att minska risken att analysprocessen förändras bör man enligt Graneheim och Lundman (47) ha en öppen dialog med handledaren och kurskamrater i handledningsgruppen under processens gång.

Begreppet ”transferability” beskrivs av Graneheim och Lundman (47) som överförbarhet till andra grupper och situationer. Överförbarheten får dock bedömas av läsaren. För att öka ”transferability” har författaren försökt att beskriva urvalsmetod, deltagarnas karaktäristiska, datainsamlingsmetod samt analysprocessen på ett tydligt sätt för läsaren. Resultatet har presenterats i tydliga subkategorier och kategorier och stärkts med citat för att öka ”transferability”.

Allmän diskussion

Föreliggande studie visade att deltagarna upplevde ett behov av återkommande information och det fanns områden de saknade eller hade bristande information om. Majoriteten av deltagarna beskrev nyttan med hjärtrehabiliteringen där tillfälle för information och att ställa frågor återkom regelbundet. Uppföljningen via sjukhusens hjärtmottagningar är under relativ kort tid och deltagandet har visat sig lågt. Ett område som primärvården skulle kunna arbeta med är att följa upp de patienter som har haft en hjärtinfarkt under längre tid med t.ex. gruppträffar för att ge dessa patienter ökad kunskap samt stöd till att göra de livsstilsförändringar som är nödvändiga. Detta skulle också gynna de patienter som bor långt bort från ett sjukhus och kanske av den anledningen inte deltar i hjärtrehabiliteringen på sjukhuset, hälsocentralernas verksamhet finns närmare patienterna.

Resultatet i föreliggande studie visar att broschyrer och annan tydligt konkret beskriven information upplevdes som stärkande och ibland som ett bra komplement till muntlig information. Flera deltagare beskrev att de saknade konkret information om t.ex. kosten. Detta är av vikt för sjukvårdspersonal att tänka på när de ger information till patienter som har haft en hjärtinfarkt att kombinera både muntlig individuell information med skriftlig. Informationen som ges bör också anpassas till personens liv så den uppfattas konkret och går att ta till sig, så patienten förstår vad som gäller för just henne eller honom. Det är också av stor vikt att förvissa sig om hur patienten har uppfattat den givna informationen.

Då samtliga deltagare i föreliggande studie deltog i hjärtrehabiliteringen vore det intressant att göra en liknande studie på patienter som väljer att inte vara med på den för att se hur de upplever den information de får i samband med en hjärtinfarkt. Det kan ju tänkas att de patienter som inte slutar att röka och som inte heller motionerar ett år efter sin hjärtinfarkt är de patienter som väljer att inte delta i rehabiliteringsgrupperna och då är det av värde att se hur dessa patienter ser på den information de får för att på bättre sätt följa upp dem via primärvården. Det skulle också vara intressant att göra om samma studie fast då jämföra män och kvinnor för att se om det finns några skillnader mellan könen i hur informationen uppfattas.

I föreliggande studie framkom att deltagarna inte hade samma tilltro och respekt för informationen från sjuksköterskorna i vissa fall och någon upplevde att det inte var sjuksköterskornas uppgift att lämna information trots att de nog visste mycket. Det vore intressant att göra en studie om hur sjuksköterskorna ser på sin roll att informera patienter.

Slutsats

Slutsatsen är att informationen efter en hjärtinfarkt behöver ges individuellt och konkret med skriftlig information som komplement. Vårdpersonalen behöver kontrollera att en patient uppfattat informationen korrekt. Det är av stor vikt att patienterna får flera tillfällen till uppföljning med upprepad information och möjlighet att ställa frågor.

Referenser

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). Tillgänglig, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Åtkomst september 24, 2011.
2. Folkhälsorapporten 2009. Övervikt, hjärt- och kärlsjukdom och övervikt. Tillgänglig, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf Åtkomst september 12, 2011.
3. Socialstyrelsen. Hjärt- och kärl. Tillgänglig, <http://www.socialstyrelsen.se/halso-ochsjukvard/sjukdomar/hjarta-karl> Åtkomst december 14, 2010.
4. Ostergaard Jensen B, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient Educ Couns 2003;51:123-31.
5. Läke medelsboken. Ischemisk hjärtsjukdom. Tillgänglig, <http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/lakemedelsboken/lakemedelsboken-hyperlinked-w-adj/LB%202009-2010/E1-HJA-MS-HR.pdf> Åtkomst december 14, 2010.
6. Hjärt- och lungfonden. Hjärtrapporten 2011. Tillgänglig, http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Press/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten_2011.pdf Åtkomst oktober 27, 2011.
7. Wiles R, Kinmonth A-L. Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. Patient Educ Couns 2001;2:161-69.
8. Chow C, Jolly S, Rao-Melacini P, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation.2010;121:750-58. Tillgänglig, <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/121/6/750> Åtkomst december 16, 2010.
9. Leong J, Molassiotis A, Marsh H. Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. Clin Eff Nurs 2004; 8:26-38.
10. Oterhals K, Handestad BR, Eide GE, et al. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;5:303-10.
11. Socialstyrelsen. Informationsöverföring och kommunikation. Tillgänglig, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation;2009>. Åtkomst oktober 30, 2011.

12. Socialstyrelsen. Patientsäkerhetsaspekter i HSAN:ärenden. En studie av ett urval ansvarsärenden från år 2000. Tillgänglig, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10721/2003-123-16_200312316.pdf ;2009. Åtkomst oktober 15, 2011.
13. Nationalencyklopedin. Tillgänglig, <http://www.ne.se/information/211471> Åtkomst november 3, 2011.
14. Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar, andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2002.
15. Wallentin L. Akut kranskärslsjukdom. Stockholm: Liber; 2007.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Tillgänglig, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8592/2008-102-7_20081028.pdf Åtkomst oktober 7, 2011.
17. Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52.
18. Hjärt- och lungfonden. Hjärtrapporten 2009. Tillgänglig, http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/Hjartrapport/Hjrtrapport%20till%20HLF_lo.pdf Åtkomst oktober 27, 2011.
19. Swedeheart årsrapport 2010. SWEDEHEART RIKS-HIA, SCAAR, SEPHIA och Svenska Hjärtkirurgregistret som ett register. Tillgänglig, <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/arsrapporter> Åtkomst november 11, 2011.
20. Svensk författningssamling (SFS). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Tillgänglig, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> Åtkomst oktober 16, 2011.
21. Socialstyrelsen. Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Tillgänglig, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10582/2003-103-5_20031035.pdf ;2003. Åtkomst oktober 28, 2011.
22. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Handestad 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 2005;1:37-44.

23. Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences for Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *J Clin Nurs* 2007;16:391-401.
24. Radcliffe E, Harding G, Rothman M, et al. *“it got right to the spot”* The patient experience of primary angioplasty: A qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8:216-22.
25. Almerud S, Baigi A, Hildingh C, et al. Acute coronary syndrome: social support and coping ability on admittance. *Br J Nurs* 2008;8:527-31.
26. Astin F, Closs S-J, McLenachan J, et al. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Educ Couns* 2008;73:325-32.
27. Timmins F, Kaliszer M. Information needs of myocardial infarction patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2:57-65.
28. Scott T, Thompson D. Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2003;50:167-77.
29. 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* 1998;27:770-78.
30. Smith J, Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *J Clin Nurs* 2007;16:662-71.
31. Sanderson BK, Thompson J, Brown TM, et al. Assessing Patient Recall of Discharge Instructions for Acute Myocardial Infarction. *J Healthc Qual* 2009;6:25-34.
32. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive Crit Care Nurs* 1999;15:34-43.
33. Sjöström-Strand A, Ivarsson B, Sjöberg T. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scand J Caring* 2011;25:159-66.
34. Newens A, McColl E, Bond S. Changes in reported dietary habit and exercise levels after an uncomplicated first myocardial infarction in middle-aged men. *J Clin Nurs* 1997;6:153-60.
35. Decker C, Garavalia L, Chen C, et al. Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery. *J Cardiovasc Nurs* 2007;6:459-65.
36. Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2:229-36.

37. Attebring MF, Herlitz J, Ekman I. Intrusion and confusion - the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;2:153-159.
38. Strahan E, Brown R. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21:160-71.
39. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung* 2005;2:101-7.
40. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2001;35:197-205.
41. Jones I, Johnson M. What is the role of the coronary care nurse? A review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008;7:163-70.
42. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006;63:24-8.
43. Rahmqvist M, Bara A-C. Patients retrieving additional information via the Internet: A trend analysis I a Swedish population, 2000-05. *Scand J Public Health* 2007;35:533-39.
44. Arnetz J, Winblad U, Arnetz B, et al. Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7:113-20.
45. Goulding L, Furze G, Birks Y. Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease: systematic review. *J Adv Nurs* 2010;66:946-61.
46. Polit FD, Beck CT. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing practice*. 8:e uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
47. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-12.
48. Kvale, S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.