

**Hvordan opplever pasienter som har hatt et
akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling
informasjonen de har mottatt under
sykehusoppholdet**

**HILDE CATHRINE RØYSLAND HENRIKSEN OG
ASAL ZADEH**

VEILEDER

Ellen Benestad Moi

Universitetet i Agder, 2016-2018

Fakultet for helse og idrettsvitenskap
Institutt for helse og sykepleievitenskap

Antall ord: 18169



FORORD

I arbeidet med masteroppgaven har vi manøvrert oss gjennom tro og tvil. En langvarig opplevelse av ambivalens i forhold til egen mestring og tro på prosjektet vårt, og det motsatte. Det har mest spennende har vært intervjuene med pasientene, og høre deres fortelling. At de satte av tid til oss, delte sine tanker og sin sårbarhet gjør oss ydmyke og takknemlige. Vi har lært mye om hva arbeidet med kvalitativ forskning innebærer. Det har ført til en økt respekt for mengden arbeid forskning innebærer, og bidrar til at vi har et nytt blick når vi heretter skal vurdere forskningsartikler. Vi har hatt flere gode samarbeidspartnere. Først og fremst vil vi takke kontaktpersonen på PCI sykehuset som la ned et betydelig arbeid med å rekruttere informanter, på toppen av en ellers hektisk arbeidshverdag. Vi vil også takke vår veileder. Hennes veiledning og kritiske blick på arbeidet har vært til stor nytte og hjelp for oss.

Grimstad 25.04.18

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn:

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien var å belyse hvordan pasienter opplever informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet etter gjennomgått akutt hjerteinfarkt og PCI behandling.

Metode: En kvalitativ studie med semi-strukturert intervju av fem informanter ble gjennomført etter utskrivelse fra sykehuset.

Resultater: Informanter gir uttrykk for å ha redusert evne til å huske informasjonen i den akutte fasen. Informanter er fornøyd med den grunnleggende informasjonen om hjerteinfarkt og PCI behandlingen, men opplevde individuell tilpasset informasjon som manglende. Dette resulterte i angst, usikkerhet om ulike symptomer og gjorde det mer utfordrende å mestre aktiviteter i hverdagen etter hjemreise.

Konklusjon: Informasjon under sykehusoppholdet må individualiseres for å bidra til bedre pasientopplevelse. Pasienten trenger støtte fra helsepersonell for å identifisere problemområder og få svar på det de er opptatt av. Planlagte informasjonsmøter er nødvendig for å øke pasientenes forståelse av sin helsetilstand og dere evne til å håndtere utfordringer i løpet av rehabiliteringsperioden etter akutt hjerteinfarkt.

ABSTRACT

Background

Aim: The aim of this study was to find out patients experience of the information that they received during hospital stay after being through acute myocardial infarction and Percutaneous Coronary Intervention.

Method: Semi structured interview was conducted with a purposive sample of five participants who were interviewed after discharge from hospital.

Findings: Data analysis revealed that patients find it difficult to remember the information after the acute phase of AMI. Patients are satisfied with general information about AMI, but experienced lack of individualization of information resulting in anxiety, uncertainty about various symptoms that made it difficult to manage everyday activities after discharge.

Conclusion: In order to contribute to patient's satisfaction, the information during hospitalization must be individualized. Patients need support from help care professionals to address important issues that they are concerned about. Well planned information meetings are necessary to improve patients understanding of their condition and increase their ability to manage challenges during recovery from AMI.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemanalyse	7
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	9
2.1. Søkestrategi	9
2.2 Presentasjon av tidligere forskning	9
3.0 TEORETISK FORANKRING	11
3.1 Lover	11
3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde	11
3.3 Informasjon	11
3.4 Undervisning	12
3.5 Krise, stress og mestring	13
4.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE	15
4.1 Hermeneutikk	15
4.2 Kvalitativ metode med semistrukturert intervju	16
4.3 Rekruttering	17
4.4 Utvalg	18
4.5 Gjennomføring av intervju	20
4.6 Transkribering og innholdsanalyse	22
4.7 Etske overveielser	24
4.8 Etisk godkjenning	25
4.9 Konfidensialitet	25
5.0 PRESENTASJON AV RESULTATER	26
5.1 Grunnleggende informasjon om akutt hjerteinfarkt og PCI behandling opplevdes tilstrekkelig	26
5.1.1 Informasjon fra kardiolog både under og etter PCI inngrepet førte til bedre forståelse av gjennomgått behandling	26
5.1.2 Skriftlig informasjonsmateriale var lett tilgjengelig i avdelingen	27
5.1.3 Film om PCI inngrep og utvikling av hjerteinfarkt opplevdes nyttig	28
5.1.4 Sykepleierne var tilgjengelig og gjentok grunnleggende informasjon	28
5.2 Vanskelig å huske informasjon i den akutte fasen	29
5.2.1 Pasienter opplever å være lite tilgjengelig for informasjon i krisesituasjon	29
5.2.2 Det er betryggende å få kunne stille spørsmål men spørsmål dukker opp etter hjemreise	30
5.3 Opplevde behov for individuell tilpasset informasjon om skadeomfang, prognose og behandling	31
5.3.1 Måtte selv ta initiativ til å få spesielt tilpasset informasjon	31

5.3.2 Individuell tilpasset informasjon er nødvendig for bedre mestring i hverdagen etter utskrivelse fra sykehus	32
5.3.3 Skummelt forvirrende og nytt å forholde seg til bivirkninger av nye medikamenter	34
5.3.4 Informasjon gitt på fagterminologi forårsaker usikkerhet	35
5.4 Utilstrekkelig informasjon fører til antakelser som bidrar redsel og angst	36
5.4.1 Vag og uklar informasjon bidrar til økt usikkerhet	36
5.4.2 Opplever behov for informasjon for å dempe redsel og angst	37
6.0 HVORDAN OPPLEVER PASIENTER SOM HAR HATT ET AKUTT HJERTEINFARKT OG FÅTT PCI BEHANDLING INFORMASJONENE DE HAR MOTTATT UNDER SYKEHUSOPPHOLDET?	39
6.1 Informasjon på sykehuset om akutt hjerteinfarkt oppfattes for generell med lite fokus på individuelle behov	39
6.2 Vanskelig å huske informasjonen i den akutte fasen	42
6.3 Utilstrekkelig informasjon om skadeomfang, prognose og behandling under sykehusoppholdet forårsaker dårlig mestring	44
6.4 Utilstrekkelig informasjon bidrar til økt opplevelse av angst og usikkerhet	46
7.0 METODEDISKUSJON	50
7.1 Pålitelighet, validitet og troverdighet	52
7.2 Studiens styrker og svakheter	53
8.0 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	54
9.0 KONKLUSJON	56
9.1 Forslag til videre forskning	58
LITTERATURLISTE	59
VEDLEGG 1: Intervjuguide	
VEDLEGG 2: forespørsel om deltakelse	
VEDLEGG 3: Godkjenning NSD	
VEDLEGG 4: Godkjenning fra Fakultetets etiske komite	
VEDLEGG 5: Godkjenning fra aktuelt sykehus	
VEDLEGG 6: Søkestreng	

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling for første gang opplever informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet. Videre er det ønskelig å belyse intensivsykepleierens rolle og ansvar når det gjelder å sørge for gode rutiner og kvalitetssikring av informasjonsarbeidet til denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemanalyse

Behandlingen av hjertesykdom har hatt en voldsom endring de siste 50 årene. Bruken av teknisk utstyr har gjort det mulig å behandle og overvåke pasientgruppen, det dannet grunnlaget for å samle i egne avdelinger og intensivsykepleien utviklet seg. (Gulbrandsen & Stubberud s.45, 2015). Men til tross for bedre behandlingsmuligheter representerer hjerte- og karsykdommer den viktigste dødsårsaken for kvinner og menn i Norge. Man antar at de fleste av disse dødsfallene skyldes akutt hjerteinfarkt. I 2015 var det totalt 1556 pasienter med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt, 908 døde som følge av hjerteinfarkt og mange av pasientene med hjerteinfarkt har flere sykehusinnleggelses (FHI, 2016). Antall pasienter med gjennomført Perkutan Koronar Intervensjon i Norge i 2015 er totalt 12263 pasienter. Av dem var 9342 menn og 2921 kvinner (Hjerte/kar registeret rapp, 2015). Vi har til nå ikke funnet statistikk over pasienter som har fått hjerteinfarkt for første gang.

Hjerteinfarkt skyldes en akutt blodpropp i en koronararterie som hindrer normal blodgjennomstrømming til myokard. Vevet blir ikke tilstrekkelig perfundert og det okkluderte karet må åpnes innen 20-30 minutter for å hindre irreversibel skade og utvikling av nekrose (Stokland & Bendz, 2015, s.188). Behandling med trombolyse er et godt alternativ dersom sykehistorien er under 2 timer, men PCI er den beste reperfusjonsbehandlingen (Stokland & Bendz, 2015, s.188). For å redde ischemisk vev vil ballongdilatasjon av koronarstenose og stentimplantasjon stanse utvikling av infarkt (Hagve & Berg, 2015, s.186). Angiografi av koronarkar utføres på en våken pasient på et laboratorium. PCI behandlingen utføres dersom det viser seg at pasienten har okkluderte kar. Etter behandling med PCI ligger pasienten med kompresjon og må ligge i senga ca. 30 minutter før de kan gå opp. Noen ganger rekker pasienten å få informasjon før inngrepet, noe informasjon gis under inngrepet men mest informasjon gis på hjerteovervåkingen.

God undervisning til pasienten er et viktig element i sekundærforebygging av hjerteinfarkt (Svavarsdottir, Sigurdsdottir & Steinsbekk, 2014, s.55). I følge internasjonale retningslinjer er god informasjon og undervisning om risikofaktorer, livsstilsendringer, og medikamenter en viktig del av behandlingen hos akutt syke hjertepasienter. Å opprettholde livsstilsendringene er for mange svært vanskelig, det mangler tilstrekkelig forskning på hva som vil være det optimale rehabiliteringsprogrammet for hjertepasienter (Piepoli ,2016, s, 2372 -3). Vi mener intensivsykepleie står i en nøkkelposisjon når det gjelder å gi informasjon til denne pasientgruppen. Intensivsykepleiere har både en behandlende, lindrende, forebyggende, undervisende og rehabiliterende funksjon (NSF,2002).

Fra praksis på hjerteavdeling har vi sett at informasjon til pasienter er i fokus. Vi har erfart at intensivsykepleieren gjennomfører det noe ulikt. De fleste pasienter gir positiv tilbakemelding på informasjonsfilm om PCI og skriftlige informasjonsmateriell, og intensivsykepleierne gjennomfører det veldig likt for de fleste pasientene. Det er forsket på området over en del år, forskerne avdekker at pasientene fortsatt opplever mangler i undervisningen, den er ofte for generell og mange ikke klarer å opprettholde de livsstilsendringer de er anbefalt. I en studie fra Haukeland sykehus har pasienter oppgitt at de var fornøyd med informasjonen de fikk om behandlingen og pleien de hadde fått i den akutte fasen. De påpeker likevel det informasjonen opplevdes litt for generell og fokusert på det tekniske. De opplever det som viktig informasjon, men at det er vanskelig å skille ut det som er relevant for dem. De savner informasjon som gjøre dem forberedt til hverdagen etter utskrivelsen. For pasienter som ikke har fått dekket sitt behov for informasjon kan konsekvensen blant annet bli dårlige mestringsstrategier (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2004, s.37).

Det hadde vært interessant å se hvordan pasientene selv opplever den informasjonen de mottar mens de er i sykehuset. Forskning skal bidra til å forbedre kvalitetssikringsrutiner i forhold til undervisning og informasjon til pasienter (NSF,2017). Dette dannet bakgrunnen for at vi ønsker å se nærmere på pasientenes totale opplevelse av informasjonen de mottar etter akutt hjerteinfarkt.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Det ble utført et litteratursøk ved å ta hensyn til studiets problemstilling, for å skaffe oversikt over resultater fra lignende studier, kartlegge de mest enestående funnene i forhold til pasientenes opplevelse av informasjon etter akutt hjerteinfarkt. Denne prosessen ga en pekepinn på hva man kan forvente å finne ut og bidro til økt forståelse og forberedelse før møte med informantene.

2.1. Søkestrategi

Det ble søkt etter relevant forskning om studiets problemstilling.

Søkeordene fra problemstillingen ble strukturert ved å bruke PICO (Helsebiblioteket, 2016).

P: Heart attack OR myocard infarction. I: Information OR Patient education, OR patient teaching. C og O er ikke aktuelt da ingen sammenlikning gjøres. søket ble utført på

databaserverten Ebsco host og databasen CINAHL PLUS. Søkene ble utført 21.01.2018 i

MEDLINE og CINAHL pluss via EBSCOhost databasevert. Søket ble begrenset til artikler

som var peer reviewed og engelskspråklige. For å finne den nyeste forskningen ble søket også begrenset til artikler publisert fra 2014 til 2018.

2.2 Presentasjon av tidligere forskning

I en norsk studie fra 2015 ble 20 pasienter med hjerteinfarkt intervjuet før utskrivelse.

Studiet legger vekt på pasientenes mål, ressurser og barrierer før utskrivelse fra sykehus

etter hjerteinfarkt. Det viser seg at effektiv diagnostisering, behandling og tidlig utskrivelse

etter akutt hjerteinfarkt begrenser muligheten for refleksjon og samhandling mellom

helsepersonell og pasienter. Korte sykehusoppholdet gjorde at pasienter ikke fikk

tilfredsstillende informasjon og veiledning. Helsepersonell mente at pasienter oppfatter

deres omsorg som både depersonalisert og paternalistisk. I tillegg var det for mange

pasienter utfordrende å forholde seg til råd om livsstilsendringer og nye medikamenter

(Fålnun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2015).

I en annen studie opplevde pasienter at det var vanskelig å forstå hvordan de skulle mestre sin nye sykdom. Familie, venner og primærhelsetjenestene var hovedkilder til

helseinformasjon etter hjerteinfarkt. Til tross for denne støtten strevet pasienter med følelsen

av motløshet og angst for fremtiden i fem år etter sykdomsdebut. Mangel på hensiktsmessig

rådgivning ble opplevd som en negativ faktor for fremtidige endringer.

Utskrivningsprosessen hadde vært preget av usikkerhet og frykt for nåværende og fremtidige symptomer. En av de største bekymringene var å kunne oppdage symptomer på et nytt hjerteinfarkt etter hjemreise (Fållun, et al., 2015). Lengden på sykehusopphold etter hjerteinfarkt er avtagende og helsepersonell har begrenset tid for individualisert rådgiving. Perioden da pasienten er innlagt på sykehuset er gunstig å bruke for å veilede og informere både pasienter og pårørende mens på den andre siden er pasientens evne til å motta informasjon begrenset på grunn av bekymring og angst. Personsentrert omsorg er en viktig tilnærming og er avgjørende for samspillet mellom helsepersonell og pasienter (Fållun, et al., 2015).

I en nyere studie er det gjennomført intervjuer av islandske og norske sykepleier samt leger som alle arbeidet med hjertepasienter. Til tross for at pasientundervisning er svært viktig, er det fortsatt en forsømt del av behandlingen. God undervisning til pasienten er et viktig element i sekundær forebygging av hjerteinfarkt (Svavarsdóttir, Sigrudadóttir, Steinsbekk, 2014, s.55). De pekte på at god medisinsk kompetanse og klinisk erfaring er viktig, men ikke ensidig avgjørende for pasientundervisning. De anerkjente at det er nødvendig å oppnå kunnskap om de individuelle ulikhetene i erfaringer, kunnskap, interesser og motivasjon hos pasientene, og at det krever gode ferdigheter i blant annet kommunikasjon for å oppnå relasjoner med pasientene. Økt kunnskap er tett knyttet til sannsynligheten for at pasientene klarer å gjennomføre livsstilsendringene som er nødvendig, selv om helsepersonell anerkjenner at pasientundervisning står sentralt blir det likevel ofte oversett. For dårlig kompetanse og lite trening i pasientundervisning er lagt til grunn som barrierer (Svavarsdóttir et al., 2014, s.56).

En norsk studie viser at kortvarig sykehusopphold og følelsesmessig belastning som pasientene opplever har konsekvenser for deres evne til å forstå informasjon. Informasjonen som de fikk under sykehusoppholdet ble beskrevet som overfladisk og vanskelig å implementere på en praktisk måte i hverdagen. Pasientene mente at de hadde fått lite informasjon om diagnosen, PCI prosedyren, medisiner og informasjon om konsekvensene av å leve med hjertesykdom. Pasientene beskrev imidlertid at de måtte koordinere sitt egen helseproblem. Det var pasienter som mente at de ble utskrevet uten å ha forståelse om deres hjertesykdom og forventet ytterligere veiledning. Derfor følte de seg usikker og uforberedt på hvordan sykdommen ville påvirke deres liv etter utskrivelse. (Valaker et al., 2017).

3.0 TEORETISK FORANKRING

3.1 Lover

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), har pasienter krav på å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelpen som blir gitt, samt risiko for bivirkninger. Pasienter har rett til å medvirke i valg av likeverdige og forsvarlige behandlingsmetoder, men hvordan pasienten medvirker skal tilpasses dens evne til å motta informasjon (Lovdata, 1951, §3-1). Helsepersonell er forpliktet via helsepersonell loven og gi informasjon etter de krav som beskrives over.

3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde

Intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, det gjelder intensivsykepleie til både akutt og kritisk syke pasienter, på en måte som er i overensstemmelse med NSF's yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lovverk. Intensivsykepleierens arbeid med hjertepasienter har både behandlende, lindrende, forebyggende, undervisende og rehabiliterende elementer i seg og alle områder skal fokuseres. Slik sikrer man pasienten et faglig forsvarlig behandlingstilbud. Intensivsykepleierens undervisende funksjon gjelder både for pasient, pårørende, kolleger og studenter (NSF, 2017).

3.3 Informasjon

Å gi informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov på en måte som er forståelig, nyttig og relevant for dem. Målet med pasientinformasjon er å bidra til økt mestring og kunnskap slik at pasienten får en følelse av kontroll i den aktuelle situasjonen. (Eide & Eide, 2017, s. 217). Pasienter med hjerteinfarkt blir lagt inn akutt på sykehus. Situasjonen er uoversiktlig og utfallet av sykdommen er usikker. Opplevelse av usikkerhet og angst reduserer pasientens evne til å oppfatte og huske informasjon som blir gitt (Gulbrandsen & Stubberud, 2015, s.94). Det setter ekstra krav til helsearbeiderens profesjonelle kommunikasjon som blir til i kraft av deres faglige kompetanse, rolle og empatiske evner. Gode ferdigheter i kommunikasjon hjelper helsepersonell til å forstå det som er viktig for pasienten og relasjonen, det skaper tillit og trygghet for pasienten, samt bedret pasientsikkerhet og bedre tjenestekvalitet. (Eide & Eide, 2017, s.16-17-39-158)

God kommunikasjon er personorientert som krever å forholde seg åpent og anerkjenne den andre som en unik og hel person. Man skal lytte aktiv både til det verbale og nonverbale for fange opp og forstå betydningen av det som kommer frem indirekte på ulike måter slik at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

Pasientene uttrykker behov for individuelt tilpasset informasjon. Dersom helsearbeidere har en forutbestemt tanke om hvilken informasjon pasientene trenger, blir den for standardisert. For at pasienten skal nå en vellykket rehabilitering er det viktig at sykepleieren oppfatter pasientens individuelle informasjonsbehov (Garvey & Noonan, 2011, s. 74-77). Informasjonen skal oppleves relevant og bidra til økt kunnskap hos pasienten, slik at det gir en opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2017, s. 218-19).

3.4 Undervisning

Det har vært lite studert hvilke egenskaper helsearbeideren trenger for å undervise pasienter i sekundærforebygging etter hjerteinfarkt. Noen helsearbeidere anser evnen til kommunikasjon og informasjon som naturlige egenskaper, andre mener det er viktig med undervisning bygget på kunnskapsbasert praksis. Helsepersonell etterlyser støtte og oppmuntring for å opparbeide seg ferdigheter i pedagogisk kompetanse og kunnskapsbasert pasientundervisning. Mulige årsaker til at det ikke er innarbeidet er kravet til effektivitet, adopsjon av allerede eksisterende arbeidsvaner i avdelingen, dårlig kompetanse og lite trening i pasientundervisning (Svavarsdóttir et.al. 2014, s.56). Ifølge funksjons og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere er vi forpliktet til å bruke relevant, pedagogisk og oppdatert tilnærming i undervisning og veiledning, samt kontinuerlig vurdere pasientens ressurser og gjennomføre tiltak for å bevare, styrke og gjenopprette funksjonell kapasitet (NFLIS,2017). Pasientundervisning er et viktig tiltak i sekundærforebyggingen av hjertesykdom, en av de største dødsårsakene i Europa (Svavarsdóttir et.al. 2014, s.55).

3.5 Krise, stress og mestring

Å få et hjerteinfarkt representerer en traumatisk krise, og kan domineres av en kriseopplevelse. Mange har beskrevet hvor ulikt mennesker kan reagere på en krise, tross for at utløsende faktor er lik, og det er ulikt hvor mye krisen forstyrrer den personlige funksjonen. Det er vanlig å dele en krise inn i flere faser, sjokkfasen hvor pasienten strever med å ta inn over seg det som har skjedd, og holder det på avstand. Reaksjonsfasen hvor pasienten integrerer virkeligheten, en krevende psykisk prosess og pasienten befinner seg fortsatt i en akutt fase av krisen, deretter bearbeidingsfasen hvor pasienten klarer å se framover og forholde seg til endringene i hverdagsliv, og til slutt nyorienteringsfasen hvor de som har klart å komme gjennom krisen klarer å gjenopprette selvfølelse og håp for et godt liv. Fasene er ikke en fast modell, men et hjelpemiddel for å orientere seg i forløpet (Cullberg,2011, s.128-132). Målet med kriseterapi er å støtte pasientens ressurser slik at krisen kan få et naturlig forløp. Det innebærer ikke alltid å gi tilbake det som er tapt, men å støtte pasienten for å motvirke realitet forvanskninger (Cullberg,2011, s.143).

Antonovskys salutognese var den første modellen og teorien som systematisk utforsket helse i betydningen utvikling i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse.

Salutogenesen ble etter hvert knyttet opp mot helsefremmende arbeid. Salutogenese er definert som bevegelsen i retning av den positive enden av kontinuumet mellom helse og uhelse (Lindstrøm & Eriksson,2015, s.6-7). Teorien ble utarbeidet på bakgrunn av spørsmålet hvorfor vi mennesker håndterer stressfaktorer ulikt, i den forstand at noen tross for høy stressbelastning fortsatt opplever å ha god helse, mens andre opplever uhelse. Utfallet er umulig å forutsi, å bli utsatt for en stressfaktor fører til at man kommer i en spenningstilstand og man må benytte en mestringsstrategi, denne vil være avgjørende for om utfallet blir nøytralt, patologisk eller helsefremmende. (Antonovsky,2003, s.12).

Som svar på spørsmålet utarbeidet han begrepet "*opplevelse av sammenheng*" OAS. Alle de generelle motstandsressursene hadde det til felles at de kunne sette stressfaktoren inn i en meningsfylt sammenheng. Begrepet består av tre dimensjoner: begripelighet, håndterbarhet, meningsfullhet. (Antonovsky,2003, s.15). OAS kan defineres slik: "*opplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker udstrækning i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der*

står tilstrækkelige ressurser til rådighet for en til at klare de krav. Disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer, det er værd å engagere sig i” (Antonovsky.,2003, s.37).

Det andre nøkkelbegrepet motstandsressurser er en forutsetning for utviklingen av OAS. De ligger i menneskene som ressurser. Fire av de generelle motstandsressurser bør være tilgjengelige: meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner. Ressursene må ligge til rådighet, men også brukes på en måte som gagnar helsen. (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s.30).

Antonovsky behandler også begrepet motstandsunderskudd, som oppstår i en stresset livssituasjon og er skadelig for OAS. En stresset livsbegivenhet er en stressfaktor fordi man ikke umiddelbart har en løsning for å tilpasse seg endringen. En stressfaktor blir motstykket til en motstandsressurs. Hans hypotese er at en person med sterk OAS definerer stimuli som ikke stressfaktor, og går ut i fra at man automatisk kan tilpasse seg de krav som stilles. (Antonovsky,2003, s.145-148).

Helsefremmende arbeid er opptatt av individuell atferd, og handler om oppfølging av individuell atferdsendring. Det er lett å undervurdere hvor vanskelig det er å innarbeide varige atferdsendringer. Antonovsky valgte å bruke (orientering om sunnhet og helse), som fungerte som en generell motstandsressurs. I kombinasjon med andre generelle motstandsressurser er orientering mot sunnhet og helse en forutsetning for å utvikle en sterkt OAS. Jo sterkere OAS, jo sunnere adferd viser funn fra salutogen forskning (Lindstrøm & Eriksson,2015 s.48). Informantene i denne studien blir intervjuet i samme fase av krisen rent tidsmessig. Med bakgrunn i de nevnte teorier tenker vi at en persons OAS har innvirkning på hvordan man bearbeider fasene i en krise, pasientene vi møter kan derfor være i ulike faser av krisemestringen (Cullberg, 2011).

4.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE

For å øke vår innsikt og forståelse, må man også betrakte våre handlinger utenfra. Gjøre en systematisk studie, og reflektere over dem. Med bakgrunn i ønske om å finne svar på problemstillingen må vi anerkjenne begrensningene i vår egen kunnskap, finne riktig metode for å belyse problemstillingen (Gilje & Grimen, 2013, s.12-13).

4.1 Hermeneutikk

Tema for masteroppgaven og problemstillingen som vi har kommet frem til gjenspeiler vår forforståelse av situasjonen, vi mener at arbeidet med å informere pasientene etter å ha fått hjerteinfarkt for første gang, ikke er tilstrekkelig slik det gjennomføres i dag. Det er behov for mer forskning for å optimalisere pasientbehandlingen. Vår forforståelse er dannet på grunnlag av vår erfaring praksis under intensiv sykepleierutdanningen. Mennesker har en oppfatning av seg selv, andre mennesker og samfunnet de lever i. Det er vår forståelse som gir oss ideer, vekker oppmerksomhet og veileder forskerne mot en bestemt retning. Ingen møter verden forutsetningsløst og hvordan ting blir forståelig for den enkelte avhenger av disse forutsetningene (Gilje & Grimen., 2013, s.148).

Som intensivsykepleiere kan vi ikke legge vår forståelse til side, i hermeneutikken foregår det metodiske prosessen slik at man oppnår forståelse ved konstant å bevege seg mellom å analysere helheten og delene. Dette kalles den hermeneutiske sirkel, der vi som intensivsykepleier bruker kunnskapen og erfaringen vi allerede har om hjerteinfarktpasienter og deres behov (forforståelsen) til å fortolke det vi ser eller det som blir sagt i intervjuene. Dette danner grunnlaget for nye forståelse og igjen en forforståelse for nye fortolkninger. Slik åpner den hermeneutiske sirkel for stadig dypere forståelse av meningen av hele tekster ved å fortolke dens forskjellige deler, og ut fra disse fortolkningene få en ny relasjon til helheten ved en kontinuerlig frem og tilbake prosess (Polit & Beck, 2014, s.382).

Hvordan vi tolker hva andre mennesker sier og gjør, hva deres handlinger betyr avhenger av en bakgrunn eller kontekst (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 237 - 70). Vi mener det er helt nødvendig å se situasjonen fra pasientens perspektiv og ståsted, hver pasient har sin egen opplevelse og forståelse av situasjonen og kan ha ulike meninger om informasjonen de har fått. Hvordan pasienter har tolket budskapet er avhengig av deres virkelighetsbilde og bakgrunns erfaring (Ulleberg, 2012, s.17). Kvalitativ metode egner seg best for å øke

forståelse om pasientenes tanker og opplevelse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.71 - 196) derfor anvendes kvalitativ hermeneutisk datainnsamlingsmetode med semistrukturert intervju. Vi kunne valgt en fenomenologisk metode for å ytterligere konsentrere funnene på pasientens opplevelse (Polit, Beck, 2014, s.280), men oppfatter det slik at intensivsykepleierens i sitt daglige arbeid må ta avgjørelser ut fra sin forståelse av hva pasientens behov er. Av den grunn mener vi det er riktig å benytte en hermeneutisk metode som innebærer en forståelse av informantenes erfaringer og ikke bare en beskrivelse av dem (Polit, Beck, 2014, s.280).

4.2 Kvalitativ metode med semistrukturert intervju

Kvalitativ metode er en vanlig metode innen hermeneutikk som kan brukes for å øke forståelse om pasientens tanker, opplevelse, erfaring og fortolkning av informasjonen de får under sykehusoppholdet. Kjernes spørsmålet i studien omhandler pasientenes erfaringer og opplevelser, derfor er en kvalitativ metode å foretrekke (Nortvedt et.al, 2012, s.71-78). Denne metoden vil belyse i hvilken grad pasienter med akutt hjerteinfarkt synes informasjonen har vært tilstrekkelig, forståelig og nyttig. Det er ønskelig å bekrefte gode rutiner, eller sette lys på rutiner som kan forbedres i arbeidet med å informere denne pasientgruppen. Av den grunn velger vi en kvalitativ metode for å belyse studiens problemstilling. Hensikten med kvalitative forskning er ikke å generalisere funnene, men det er viktig å sørge for at forskningen er overførbart og nyttig i flere sammenhenger (Polit & Beck, 2014, s .75). Når samtale mellom to personer om et tema og utveksling av synspunkter har en viss struktur og mening kalles det for et intervju og skilles fra det spontane meningsutveksling i hverdagen. Målet med kvalitativt forskningsintervju er å få innsikt i intervjupersonens perspektiv og opplevelse av et bestemt tema som omhandler forskningsspørsmålet. Forskeren skal vise åpenhet og fordomsfrihet til nye og uforventede fenomener som dukker opp under intervjuprosessen og være kritisk over sine egne forutsetninger. Samtidig er det viktig å skape struktur ved å stille åpne spørsmål og lede til et bestemt tema men ikke til bestemte meninger (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22 -43 -48). Semistrukturert intervju ble valgt med tanke på at masterstudentene trengte støtte i å holde fokuset på temaet i problemstillingen. I denne typen fokusintervju blir det utarbeidet en intervjuguide på forhånd for å sikre at alle temaer blir berørt (Polit & Beck,2014, s.290). Via forhåndsvalgte spørsmål holder vi oss innen temaet som er valgt, men informanten kan fortelle fritt og så utfyllende som han ønsker om sine tanker og erfaringer. Intervjueren kan

søke å utdype noen tema som kommer opp via oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017 s.203).

“Semistrukturert livsverdensintervju: en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet” (Kvale og Brinkmann, 2017 s.325).

Intervjuguidens spørsmål ble utarbeidet på bakgrunn av masterstudentenes forforståelse og spørsmålene gjenspeiler de utfordringene masterstudentene ønsket å belyse, vi mener at en utfordring ved hermeneutisk metode er at den kan bli for preget av masterstudentenes forforståelse, og det kan være noen pasienterfaringer som ikke blir belyst.

Dermed blir intervjuguiden et viktig arbeidsverktøy som skal ta hensyn til to dimensjoner i det kvalitative intervjuet, den teoretiske med hensyn til studiens problemstilling, og den dynamiske for å skape en god interaksjon mellom masterstudentene og informantene (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 142-143).

4.3 Rekruttering

Rekrutteringen skjedde etter sykehusets interne rutiner om innpass i forskningsfeltet. Informasjonsskriv, samtykkeerklæring etc. ble gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer. For å oppnå et utvalg som tilsvarte studiets inklusjon og eksklusjonskriterier ble det opprettet samarbeid med en kontaktperson på aktuelle avdeling til å velge ut respondenter og ha førstegangskontakt med dem. Kontaktpersonen er ikke i daglig pasientkontakt, men har god oversikt over avdelingens pasientbelegg. Hensikten med det var å ikke utøve utilbørlig press når pasientene ble kontaktet om deltakelse. Tanken var at det er lettere å gi avslag til en tredjeperson enn direkte til masterstudentene. I tillegg gav dette et bedre vern om pasientopplysninger ved at masterstudentene ikke fikk tilgang til navn og telefonnummer på andre enn de som faktisk ble inkludert i studien. Utfordringene med dette var hvor krevende det var for kontaktpersonen både å sette seg godt inn i studiens prosjektplan og mål før utvelgelsen av respondenter. Samarbeidet mellom masterstudenter og kontaktpersonen var avgjørende for effektiviteten av denne prosessen. Masterstudentene måtte sette sin tillit til at avdelingsleder hadde et tilstrekkelig engasjement og forståelse av prosjektets metode og mål til å følge opp flere uker med rekruttering av informanter som oppfylte kravene for deltakelse. Det var en tidkrevende periode hvor det måtte settes tid for

flere omganger med informasjonsformidling om respondentene. Dette var ikke ubetydelig når det gjaldt tidspress.

Studien ble utført prospektivt, deltakerne ble inkludert fortløpende. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt til personer som fylte inklusjons og eksklusjonskriteriene. Skrivet inneholdt informasjon om studien, og at de ble telefonkontaktet av mastergradsstudenten om 4 – 6 dager. Avdelingssekretær sendte informasjonsskriv første dag etter utskrivelse til pasienter i forhold til inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier. Dette ble valgt framfor å dele ut i avdelingen, for å unngå endring av rutiner i avdelingen dersom de ansatte kjente til detaljer om tidsramme og for at informantene ikke skulle oppleves å være identifiserbar i avdelingen. For ikke å svekke validiteten i studien, var det viktig å sørge for at deltakerne ikke oppleve noe som er til hinder for å uttale seg fritt, eller at de ansatte ubevisst handlet på en annen måte fordi de hadde detaljert kjennskap til studiens tidsramme og inklusjonskriterier. Ansatte på avdelingen fikk informasjon om studiens hensikt og gjennomføringsmetode, men ikke tidsrom for datainnsamling. Ved å motta det i posten fikk pasienten noen dager på seg til å lese, tenke og evt. søke råd hos familie. I neste omgang ringte kontaktperson fra avdelingen pasienten etter ca. 1 uke og spurte om samtykke til å delta i studien. Etter muntlig samtykke fikk forskerne navn og telefonnummer til informantene fra kontaktpersonen forskerne tok førstegangskontakt med pasientene for å avtale tid og sted for intervju. For å skape forutsigbarhet og medbestemmelse for deltaker stod dem fritt til å velge tid og sted innenfor rammene av studiens kriterier. Vi var antrukket i private klær for å skape trygghet og utjevne maktbalanse. Samtykkeerklæring underskrives før intervjuene gjennomføres.

4.4 Utvalg

I en kvalitativ studie er det viktig å spørre seg hvilke informanter kan tilby rike data til studien for å maksimere forståelse av problemstillingen (Polit, Beck,2014, s.284). Derfor ble strategisk utvalg benyttet. For å belyse variasjonen i individuelle opplevelser ønsket man respondenter av ulikhet, med fenomenet som fellesnevner (Polit, Beck,2014, s.286). Det ble tatt hensyn til at informantene skulle gjenspeile gruppen av individer de ble rekruttert fra. Dersom seleksjonen gjøres på feil grunnlag kan det skape usannheter/ skjevheter i funnene (Nordtvedt et.al. 2012 s.193). Det er karakteristisk med lavt antall informanter innen kvalitativ forskning, og et rikt datamateriale (Nordtvedt et.al.2012, s.72). Vi ønsket rundt

åtte respondenter, for at funnene kunne få praktisk overføringsverdi for de ansatte ved avdelingen studien rettes mot (Graneheim & Lundman, 2004, s.110), antallet ble ansett som mulig å rekruttere innen studiens tidsbegrensning.

En av studiens inklusjonskriterier var: pasienter som ble utskrevet direkte til hjemmet. Dette var for å skape et skille mellom informasjonen som gis på aktuell hjerteovervåkning og andre sykehus, men det viste seg at dette ikke var gjennomførbart på grunn av få respondenter som falt inn under studiens inklusjons og eksklusjonskriterier. Derfor måtte pasienter som ble overflyttet til lokalsykehuset også inkluderes, noe som innebærer at studiene ikke kan sortere informasjon kun gitt på PCI sykehuset, to av pasientene ble overflyttet til hjerteavdelingen på sitt lokalsykehus. Det ble kun inkludert pasienter som var innlagt med førstegangs hjerteinfarkt og gjennomgått PCI behandling. Pasientene skulle ikke har vært på poliklinisk kontrolltime på sykehuset mellom utskrivelse og intervju. Dette var for å unngå at informantene møtt utfordring for å skille mellom informasjon som var formidlet på ulike steder og i ulike stadier etter akutt hjerteinfarkt. Det ble bestemt å inkludere kun norskspråklige pasienter, for å redusere risikoen for feiltolkning av informantenes utsagn under intervjuet og i analysefasen. I tillegg ville det bli vanskelig for informantene å formidle historien sin med tilstrekkelig dybde og fylde.

Studiets eksklusjonskriterier var: Pasienter som har hatt kontakt med masterstudentene under innleggelsen på sykehuset. Det kunne sådd tvil om konfidensialitet og anonymitet dersom deltakeren også har møtt oss i arbeid på avdelingen, deltakeren kan dermed oppleve det konfliktfylt å være ærlig om opplevelsene sine. pasienter uten samtykkekompetanse ble også ekskludert.

Studiets hensikt, utvalgs kriterier og rekrutteringsmetoden ble presentert for kontaktpersonen på avdelingen. Masterstudentene hadde ingen tilgang eller innflytelse i hvilke pasienter som ble valgt når det gjelder alder, kjønn, bosted eller tidligere sykdommer. Kontaktpersonen valgte ut seks personer i forhold til studiets inklusjon og eksklusjonskriterier. Vi fikk utlevert en liste med oversikt over kontaktinformasjon, diagnose og dato for innleggelse og utskrivelse av de som var villig til å delta, men også av de som hadde takket nei. Listen ble oppbevart i avdelingen. En av informantene hadde hatt hjerteinfarkt for tredje gangen og ble derfor ekskludert. To ble kontaktet av oss men hadde allerede vært på poliklinisk time og hadde fått informasjon og falt derfor utenfor studiets

kriterier. En hadde vært innlagt med en annen diagnose enn akutt hjerteinfarkt og ble ekskludert. Tre personer takket nei, og til slutt ble det foretatt intervju av fem respondenter, to damer og tre menn. Alderen var mellom 52 – 72 år, de kom fra tre ulike fylker, hadde variert utdannelse og yrkesbakgrunn. Det var også ulikhet i genetisk og livsstilsrelatert sårbarhet for sykdommen. Underveis intervjuet fant vi ut at en av informantene hadde allerede vært på poliklinisk time og dette ble ikke oppdaget under telefonsamtalen før intervjuet. Vi valgte å inkludere informanten i studien for å vise respekt til informantens tillit til oss som forskere.

4.5 Gjennomføring av intervju

Først presenterte masterstudentene seg med navn, nåværende arbeid, tidligere arbeidserfaring, erfaring med hjertepasienter, og om vi hadde hatt/ hadde arbeidsforhold på sykehuset eller hjerteavdelingen, formålet med oppgaven og når den skulle være ferdigstilt. Deretter en gjennomgang av informasjonsskrivet som informantene hadde fått i posten, for å sikre at informasjonen var forstått. Informantene ble informert at de kan trekke seg fra studiet før masteroppgaven er levert til vurdering, samt at de blir anonymisert og ikke behøvdde å oppgi navn eller personlige opplysninger under intervjuet. Målet med dette var å legge til rette for at deltakerne slappet av i intervjusituasjonen fordi iscenesettelsen av intervjuet må skape en stemning som tilrettelegger for at informanten ønsker å fortelle. Det er lettere å snakke fritt etter at informanten danner seg et inntrykk av dem som skal intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2017, s.141). For å ta hensyn til maktfordeling og skape en trygg kontekst for informanter sto informantene fritt til å velge tid og sted for intervju. Informantene skrev under informasjonsskrivet før intervjuet starte.

Til tross for god tilrettelegging kan ikke et forskningsintervju betraktes som en samtale mellom likeverdige parter, det er en skjevhet i maktrelasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017, s.52). Intervjusituasjonen og møte mellom mennesker kan inneholde informasjon og inntrykk som kan ha betydning i analyseprosessen og som kommer vanskelig frem når man kun hører på lydopptak. Av den grunn var begge masterstudenter til stede under alle intervjuene. Det ble bestemt å ha faste roller under intervjuene, en hoved intervjuer og en med oppmerksomhet mot informantene for å fange opp fokusord som hoved intervjuer trengte støtte for å klare. Vi mener at dette gir utgangspunkt for å sikre best mulig kvalitet på intervjuet ved å opparbeide best mulig kompetanse og kvalitet av et begrenset antall

intervju. Vi var oppmerksomme på at det kan oppleves voldsomt for informantene at vi var to. Årsaken til tilstedeværelse av begge masterstudenter forklart til informantene på forhånd, og at vi plasserte oss slik at informanten hadde blikk kontakt med den som stilte spørsmålene, mens den andre satte seg diskret til side. Dette valgte vi å gjøre for å skape en en-til-en situasjon, hvor målet var å dempe opplevelsen av dominans fra masterstudentene hos informanten (Kvale & Brinkmann, 2017, s.53).

Varigheten på intervjuet varierte fra tjue til førtifem minutter. Et av intervjuene ble gjennomført i et møterom på sykehuset før poliklinisk time. Tre av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene, et intervju i foregikk i et grupperom på Universitetet. Pilot intervju ble avtalt men lot seg ikke gjennomføre, vi ser det kunne vært fordelaktig i.f.t blant annet økt bevissthet ved gjentakende "mmm" når informantene snakket. Hensikten med det var å oppmuntre, informantenes utsagn, understreke aktiv lytting, vise interesse og som en type oppfølgingsspørsmål ved at det skulle invitere til videre fortelling fra informantene. Disse ble mye brukt fordi masterstudentene var utrent i å fange opp og bruke fokus ordene i informantens historie (Kvale & Brinkmann, 2017, s.147). Dette gjaldt først og fremst for det første intervjuet og har ikke redusert kvaliteten på det men kan ha blitt et unødvendig ekstraarbeid i transkriberingen, fordi man måtte ta stilling til hvorvidt de kan ha hatt noen betydning for informantenes tilsvar. Det måtte vurderes om dette av informanten kan ha blitt tolket som oppmuntring eller bekreftelser på "riktig" svar, og dermed måtte blitt med i transkriberingen. Eller motsatt og kan ekskluderes i transkriberingen uten at det ville endre på forståelsen av den transkriberte teksten hverken på latente eller manifeste funn. Bruken av denne type "lyder" falt ikke bort i de fire neste intervjuene, men brukt med større bevissthet.

I det første intervjuet opplevdes det utfordrende og stille oppfølgingsspørsmål rundt temaer hvor informantene strevde med å huske, eller var tydelig emosjonelle for informantene. Det samme med å be dem utdype svarene deres. Dette fordi det var vanskelig å vurdere graden av den emosjonelle påkjenningen informantene gjennomgikk, at de kunne oppfatte at vi betvilte troverdigheten i svarene deres ved å be om utdyping av spørsmål de allerede hadde gitt et svar på, og de kunne oppfattet at de burde huske mer enn de gjorde. Det løste seg ved at informantene fikk forklaring i forkant av intervjuet at målet var å utdype deres opplever, ikke at vi betvilte svarene deres. Dermed opplevde vi større frihet i intervjuer rollen, det ble lettere å følge opp spørsmål også innen sårbare temaer. En annen utfordring ble vurderingen

av hvorvidt oppfølging spørsmålene fanget opp viktige elementer for å svare på problemstillingen, eller om man ubevisst følger det som er viktig for informanten å snakke ut om etter en akutt sykdom.

Et forskningsintervju kan like på en dagligdags samtale, men er ikke lett gjennomføre og det er ikke uvanlig for “noviser” i faget å oppleve en slik metodisk orientering. Kvaliteten på de produserte data avhenger av intervjuerens ferdigheter i hvordan stille gode spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det er mange etiske utfordringer gjennom intervjuet med tanke på at hvilke konsekvenser får det for deltakerne og om man berører man terapeutiske problemstillinger? (Kvale & Brinkmann, 2017, s.34 - 103).

4.6 Transkribering og innholdsanalyse

Valgene vi gjør i transkriberingen har som felles mål å skape en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2017, s253). Hovedtanken var at hvert intervju skulle transkriberes rett etter intervjuet var utført. Dette var for å sikre en best mulig skriftlig gjengivelse av den totale inntrykket av budskapet under intervjuet. Dette mener vi er fortsatt riktig, men gjorde også erfaring med at transkribering arbeidet er krevende og fordrer at man er opplagt, har overskudd og tid til å hengi seg til detaljorienteringen arbeidet krever.

Informantene skulle være trygge på at forskerne i transkriberingen holder seg ordrett på ordlyden i fortellingen, så ikke budskapet endres (Kvale & Brinkmann, 2017). Tre av intervjuene ble transkribert av masterstudent en og to av dem av masterstudent to. Dette krevde felles forståelse om gjennomføringen. Ulike dialekter ble skrevet om til bokmål, alle lyder fra deltakerne ble tatt med, pauser i tale ble markert, masterstudentenes og informantens stemme ble markert med ulike typer tekst. Vi var ikke forberedt på hvor mye fortolkning det var rom for i en skriftlig gjengivelse av intervjuene. For eksempel hvor mye man kan styre meningen i en tekst via tegnsetting, eller å legge deler av tekst i kursiv, samtidig opplevdes det som viktig å bruke disse redskapene for å også gi en gjengivelse til leseren av den nonverbale kommunikasjonen som ble fanget opp under intervjuet med informantene (Kvale & Brinkmann, 2017, s.186-196).

Som nybegynnere ble transkriberingen en læring i teknikker og dilemmaer som oppstår når en samtale skal overføres til en skrevet tekst (Kvale & Brinkmann, 2017 S.106- 193). For å sikre både best mulig gjengivelse og huske både verbale og nonverbale inntrykk fra intervjuet, ble de transkribert innenfor et tidsrom på 1 - 3 dager.

Intervjuene ble analysert ved å ta utgangspunkt Graneheim og Lundmans metode (2003) for kvalitative innholdsanalyse. Analyseprosessen ble delt i fire faser. Første fasen satt vi sammen og leste gjennom de transkriberte intervjuene og ble enige om de delene av intervjuene som var irrelevant i forhold til studiets problemstilling. Disse ble ekskludert, ved å fargekode dem og la ned for seg selv i bunnen av dokumentet. Disse irrelevante delene skyldes at informanter fikk mulighet til å snakke fritt om sine opplevelser og fortalte for eksempel om den akutte fasen før sykehusinnleggelse eller ambulanseturen.

Neste fase ble også utført i samarbeid med hverandre ved å lese teksten igjen og sorterte ut meningsbærende enheter. For oss innebar det at å dele ut stykker av teksten fra det manifeste innholdet, hvor vi var bevisste på å ikke tolke innholdet. Deretter ble teksten kondensert ved at den ble gjort kortere og mer konkret, uten å endre meningen i teksten (Graneheim & Lundman, s.106). Meningsenhetene var ofte et avsnitt etter et oppfølgingsspørsmål som ble stilt av den som intervjuet. Men svaret på et spørsmål kunne også bli sortert i ulike meningsenheter, f.eks. dersom tekstavsnittet inneholdt både positive og negative opplevelser fra informanten om samme tema.

I tredje fase, hvor de kondenserte meningsenhetene skulle danne koder som ble til via vår tolkning av teksten underliggende mening. Dette arbeidet krevde mer konsentrasjon enn de to foregående fasene og derfor valgte vi å utføre denne prosessen hver for oss.

Å danne kodene krever at man tar hensyn til meningsenhetens kontekst (Graneheim & Lundman, s.107). Hver kode ble formulert ut fra de kondenserte meningsenhetene. I arbeidet med kodene var det nødvendig å stadig gå fram og tilbake mellom meningsbærende enheter til kondenserte enheter, for hele tiden å se helheten opp mot delene. I denne fasen opplevdes det som en styrke å gjøre arbeidet hver for oss, for deretter å sammenlikne resultatene. Det viste seg at vi hadde utarbeidet veldig like koder, og opplevde det som en kvalitetssikring av analysearbeidet (Graneheim & Lundman, s.110). Alle kodene ble nøye vurdert og fargekodet ut i fra hva de omhandlet.

Siste fase av analysearbeidet innebåret å utarbeide kategorier og underkategorier. Vi valgte å sitte hver for oss igjen fordi å tolke underliggende meninger krever konsentrasjon. Men vi satt sammen og bestemte underkategorier og kategorier. En prosess som i likhet med forrige fase krevde at vi gikk fram og tilbake mellom helheten og delene, mellom det manifeste innholdet og det latente. Dette var ikke en lineær prosess, kategorier og underkategorier ble bestemt, forkastet, slått sammen eller byttet plass, for at alle data skulle falle på plass i en kategori, og at ikke kategoriene var for like og overlappet hverandre (Graneheim & Lundman, s.107). Det var en krevende prosess, det var nyttig å få veileders “utenforstående” blikk, for å kontrollere at kategoriene, subkategoriene og kodene hadde en “rød tråd”. Til slutt resulterte denne prosessen. Denne prosessen resulterte i 4 hovedkategorier og flere subkategorier. Eksempel på gjennomføring av analysen:

	Kondenserte meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori
Informant 4	Måtte spørre mange spørsmål for å få nødvendig informasjon	Individuell tilpasset informasjon krevde egeninnsats	Måtte selv ta initiativ til å få spesielt tilpasset informasjon	Opplevde behov for individuell tilpasset informasjon
Informant 2	Det er mange følelser å håndtere hjemme og utfordrende å leve med symptomer man ikke forstår	Utfordrende å oppleve egen helse i nytt perspektiv	Individuell tilpasset informasjon er nødvendig for bedre mestring i hverdagen etter utskrivelse fra sykehus	

4.7 Ethiske overveielser

Mulighetene for behandling knyttet til mennesker liv og helse har utviklet seg voldsomt. Det settes store krav til at forskerne innen helsefagene handler innenfor etiske prinsipper,

målgruppen er mennesker i sårbare situasjoner. De viktigste kriteriene innen medisinsk forskning hensynet til deltakernes krav på informasjon, integritet og samtykke. Det ble også tatt hensyn til etiske retningslinjer om forskning på sårbare grupper (Helsinkideklarasjonen, etikkom,2014).

4.8 Etisk godkjenning

For å kunne ta kontakt med deltakerne og oppbevare personopplysninger ble prosjektet meldt til (Norsk Senter For Forskningsdata) for vurdering, og sendt søknad til (Fakultetets Etiske komite ved Universitet i Agder). For denne studien ble personer som var utskrevet av sykehuset intervjuet og av den grunn var det ikke behov for tilgang til sensitive personopplysninger eller innsyn i dokumentasjon fra innleggelsen. Både søknad til NSD og FEK ble godkjent. Prosjektet ble vurdert til å være et kvalitetssikringsprosjekt, og det ble ikke sendt søknad til (Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) I følge (REk, 2015) er målet med kvalitetssikringsprosjekt ikke å bringe ny kunnskap men finne ut om beste praksis fulgt.

4.9 Konfidensialitet

Alle personopplysninger ble behandlet konfidensielt. Deltakerne ble informeres om hvordan deres anonymitet og personlige opplysninger skulle ivaretas, hvem som ville ha tilgang til intervjumaterialet, hvordan intervjumaterialet skulle oppbevares, hva som skulle publiseres og deres rett til å trekke seg fra studiet (Kvale & Brinkmann,2017). Opplysninger om deltakerne ble anonymisert slik at det ikke er gjenkjennbar i teksten. Lydfilene overføres til én bærbar PC med kodelås som oppbevares i et låst skap, og slettes når masteroppgaven er godkjent.

5.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Analyseprosessen resulterte i flere hovedkategorier i første omgang mens flere av kategoriene ble omformulert og slått sammen underveis for å unngå gjentakelse og sørge for at studiets funn kommer frem. Denne prosessen resulterte i fire hovedkategorier. Direkte sitat fra intervjuene ble skrevet med kursiv og blir gjengitt fortløpende i teksten for å fremheve informantens utsagn og bekrefte funnene. Det ble bestemt å ikke nevne informantens kjønn fordi sammenligning av kjønn ikke var i fokus.

5.1 Grunnleggende informasjon om akutt hjerteinfarkt og PCI behandling opplevdes tilstrekkelig

Intervjuet ble startet med å spørre informanter om hva de fikk informasjon om. Fire informanter gav uttrykk for at grunnleggende informasjon har vært tilstrekkelig tross alt det ikke har vært mye. *“Jeg har fått den informasjonen jeg trengte og lever ikke i uvisshet”.*

5.1.1 Informasjon fra kardiolog både under og etter PCI inngrepet førte til bedre forståelse av gjennomgått behandling

Fire informanter opplevde å ha fått nyttig informasjon fra kardiologen under PCI inngrepet, kun en av informantene oppga å ikke ha mottatt informasjon under inngrepet og ble ikke inkludert i denne sub kategorien. De oppgir at kardiolog gav fortløpende informasjon under PCI inngrepet, og oppgir at denne informasjon førte til en opplevelse av forutsigbarhet. Dette bidro til at han følte seg mentalt forberedt og klarte å slappe av under PCI inngrepet, det dempet forvirring og opplevdes som tillitsvekkende:

“kardiologen som hadde et inngrep på meg fortalte hva han hadde gjort, så jeg visste hva jeg trengte å vite med en gang”.

” Det var hele tiden informasjon i forkant, så det var ingen overraskelser”.

“ Det var veldig profesjonelt, jeg var jo litt forvirret når jeg kom til PCI, men legen fortalte hva som skjedde”.

Tre av informantene oppgir godt utbytte av illustrasjoner og tegninger som kardiologen forklarte umiddelbart etter inngrepet var ferdig, og senere i forløpet. Dette har skapt en bedre forståelse av hvor hjerteinfarkt rammet: *“Det var nyttig med tegninger for å vite hvor infarkt var. De hadde krysset av hvor blodproppen satt”*.

Grunnleggende informasjon fra ansvarlig kardiolog før hjemreise opplevdes som mest nyttig for en annen informant. Han opplevde at legen tok seg god tid til både faglig og mellommenneskelig samtale på visitten og hadde mest tillit til den informasjonen som ble gitt under visitten fordi legene ga mest konkret informasjon. Denne informanten opplevde å få en helhetlig ivaretagelse og en avslappet atmosfære ved visittid fordi det var mulighet til å stille ulike spørsmål.

“Hovedinformasjonen var nok av legen den dagen jeg skulle hjem”.

“Jeg opplevde ikke at det var rush på visitten, noen ble sittende lenger å prate også om andre ting”

5.1.2 Skriftlig informasjonsmateriale var lett tilgjengelig i avdelingen

Alle hadde fått utdelt brosjyrer av intensivsykepleiere og oppga godt utbytte av dem. Intensivsykepleiere i avdelingen har vært aktive med å tilby relevante brosjyrer. I tillegg har også andre typer brosjyrer vært tilgjengelig for pasientene å hente på egenhånd.

” Sykepleiere kom med brosjyrer om kosthold, jeg leste de og tok det med hjem”.

Skriftlig materialet opplevdes ikke bare som repetisjon på muntlig informasjon, men var nødvendig for å huske informasjonen bedre. En annen informant mente at skriftlig informasjon har vært tilgjengelig men ingen har anbefalt eller tilbudt brosjyrer. Han ønsket at personalet skulle komme inn med brosjyrer og syntes det føltes utilstrekkelig å måtte finne ut av det selv:

“Det er rart at ingen anbefalte meg å hente brosjyrer, de så kanskje at jeg hentet selv, man blir veldig opptatt av å få informasjon”.

Neste informant har fått skriftlig materiale, men syntes at skriftlig informasjon ikke var tilstrekkelig for å få dekke informasjonsbehovet og mente at frykt for fremtiden og prognosen krever noe mer enn kun skriftlig informasjon:

“Jeg fikk jo et par ark bare som det stod noe på om hva jeg var gjennom, men jeg følte ikke jeg fikk så mye informasjon om hva som kan skje etterpå”

5.1.3 Film om PCI inngrep og utvikling av hjerteinfarkt opplevdes nyttig

En informant gjentok fire ganger i intervjuet at informasjonsfilmen har vært interessant. Informanten har hatt godt utbytte av informasjonsfilmen som ble sett i etterkant av PCI inngrepet, og hadde i tillegg ettersøkt den på internett etter utskrivelse. Informasjonsfilm har vært lærerikt og hadde dekket behovet for grunnleggende informasjon:

“Jeg ble vist en film og har sett den hjemme også, den var interessant”

I følge to informanter var filmen nyttig for å øke pasientenes forståelse om hjertes anatomi og utvikling av hjerteinfarkt. Likevel dekket ikke informasjonsfilmen behovet for informasjon fullstendig. Informanter mente at informasjon må også formidles på andre måter, for eksempel gjennom samtale med legen:

“Jeg fikk se film, det er greit på det generelle, jeg tror samtale er bedre for det individuelle”

5.1.4 Sykepleierne var tilgjengelig og gjentok grunnleggende informasjon

Fire informanter følte seg trygg på å ta kontakt med sykepleierne for å innhente informasjon dersom nødvendig, fordi de har alltid vært tilgjengelig:

” Jeg føler ikke jeg mangler noe, jeg kunne jo bare spørre dersom jeg lurte på noe”

En informant mente å ikke ha hatt behov for å stille intensivsykepleierne spørsmål og påstod at intensivsykepleiere ikke kunne noe om prognose, skadeomfang og individuelle tilfellene. Likevel fortalte informant at intensivsykepleiere har vært aktive med å gi alminnelige informasjon:

“Jeg spurte ikke sykepleierne fordi de kunne ikke noe om sykdomstilfellene”.

Det har vært mye gjentakelse av generell informasjon. Dette gjorde det lettere å huske den grunnleggende informasjonen og har vært nyttig. Samtidig sier to informanter at mer gjentakelse hadde vært unødvendig og kunne da oppfattes som påtrengende:

“Sykepleierne var aktive med å dele ut brosjyrer, hefter, vise film. Det hadde ikke vært nødvendig å være mer aktive med dette”

“Det ble litt gjentakelser og det er klart det er lurt fordi jeg var ikke helt edru når jeg lå på bordet”

To informanter opplevde at grunnleggende informasjon ble tilbudt av intensivsykepleierne, uten å måtte etterspørre dette selv. Informanter hadde fått dekket sitt behov for grunnleggende informasjon rundt akutt hjerteinfarkt, var fornøyd med avdelingens rutiner på å tilby grunnleggende informasjon og hadde ingen spørsmål i løpet av oppholdet rundt det generelle om hjerteinfarkt:

“Jeg synes ikke noe burde vært gjort annerledes”

5.2 Vanskelig å huske informasjon i den akutte fasen

Det er ulikt hvor mye informantene husker i ettertid av det som ble sagt, men alle informanter la merke til at de ikke husket alt av informasjonen de hadde fått under sykehusoppholdet, særlig i den akutte fasen.

5.2.1 Pasienter opplever å være lite tilgjengelig for informasjon i krisesituasjon

To informanter hevdet at opplevelse av sjokk reduserte deres evne til å oppfatte informasjonen og derfor var informanter ikke i stand til å huske alt som blir formidlet. En Informant husket hovedbudskapet av informasjonen som har vært at hjertet fungerer normalt, men husket for eksempel ikke oppholdstiden på sykehuset.

En av informantene har fått informasjon under PCI inngrepet. Han kunne ikke huske noe av informasjonen, men ble godt forberedt av på at det var normalt å ikke huske fra den akutte fasen. Det har vært betryggende å vite og dermed ble informant ikke stresset av det” *Jeg ble godt forberedt på at jeg ikke kom til å huske informasjonen fra den akutte fasen”*.

En ga uttrykk for å huske generell råd om fysisk aktivitet, men ikke detaljer i hva den gikk ut på. Informanten mente at det er vanskelig å huske når informasjon gis på kort tid, spesielt

når informasjonen gis muntlig. I tillegg var han usikker om å ha fått informasjon om mulige bivirkninger av medisiner” *Det er mulig de har forklart det, men jeg husker det ikke*”.

En annen informant husket å ha fått informasjon fra en intensivsykepleier. Informasjonen ble oppfattet som utfyllende, grundig og tilstrekkelig der og da, men informant husket ikke detaljer fra samtalen etter hjemreise” *Alt var en grøt men jeg husker at samtalen var bra*”.

Dette har også vært vanskelig for en annen informant som ikke husket noe form for informasjonen antok å ikke ha fått noe informasjon i det hele tatt” *Jeg ser nesten ikke for meg at jeg fikk noe særlig. Jeg kan ikke huske noe rundt det rett og slett*”.

5.2.2 Det er betryggende å få kunne stille spørsmål men spørsmål dukker opp etter hjemreise

Tre informanter har ikke hatt spesielle spørsmål under oppholdet, men følte seg trygg på å ta kontakt med personalet dersom nødvendig fordi de har alltid vært tilgjengelig. Informanten følte seg trygg når helsepersonellet viste nærhet og omsorg. Både leger og intensivsykepleiere har oppfordret informantene til å stille spørsmål, men informantene mente at det er urealistisk å forvente at pasienter skal stille spørsmål når alt er fortsatt ukjent for dem:

“Jeg skal ikke trenger å spørre om ting, jeg skal få alt servert fordi det er millioner som har vært gjennom dette, for meg er det helt ukjent”.

Informantene mener at man ikke er stand til å stille noe spørsmål under sykehusoppholdet fordi de er ikke klarer å være bevisst på sine behov mens man opplever å være i sjokk:

”Man skjønner ikke hva som har skjedd fordi alt gikk så fort”.

Etter å ha opplevd akutt sykdom har informantene ikke vært bevisst på hva som er viktig å vite for å mestre hjemmesituasjonen. Fire informanter har begynt å reflektere over gjennomgått behandling, og observert fysiske og psykiske endringer etter hjemreise. Spørsmålene dukket opp i ettertid da situasjonen var mer stabil. To informanter oppga spesielt savn av informasjon om symptomene som de hadde opplevd og mente at dette er noe som er viktig å få avklart før hjemreise. Spørsmålene dukket opp i ettertid da situasjonen var mer stabil. *“Dette har jeg kjent etter jeg kom hjem. Jeg hadde ikke klart å tenke ut å spørre om det mens jeg lå i sengen der”.*

“Der ble du passet på, også kommer du hjem og begynner å forstå hva som skjer, litt som sjokk da”.

” Litt mer forklaring på hvorfor jeg verker i den armen og hvorfor ble jeg så slapp etterpå”.

To informanter har oppsøkt fastlege for å få svar på spørsmål om medisiner. To informanter nevnte at de var spent og så fram til informasjonssamtalen på poliklinikken, de hadde forberedt en del spørsmål som var viktig for dem å ta opp.

En informant forsøkte å finne svar på sine spørsmål ved å forholde seg til familie og venner som hadde vært gjennom en lignende situasjon *“Jeg har en venninne og et annet familiemedlem som har hatt det samme så vi kunne snakke sammen, men en skulle fått en samtale og en gjennomgang”.*

5.3 Opplevde behov for individuell tilpasset informasjon om skadeomfang, prognose og behandling

Funnene bekrefter at pasienter bekymrer seg mest om sin fysiske tilstand etter akutt hjerteinfarkt og ønsker konkret og tydelig informasjon om sin helsetilstand. Det har stor betydning at informasjonen er tilpasset deres forståelse for å unngå misforståelse og feiltolkning.

5.3.1 Måtte selv ta initiativ til å få spesielt tilpasset informasjon

Samtlige informanter oppga at de opplever egeninnsats som viktig for å få informasjonen om sitt individuelle sykdomstilfelle. En hadde ikke behov for å spørre så ofte, to oppgir at de spurte, men ikke opplevde å få tilfredsstillende svar på det de var opptatt av:” *Jeg er aktiv interessert i å vite hvordan tilstanden er og hva som er blitt gjort, så jeg spurte nesten før informasjonen kom”.*

To av informantene måtte spørre mye selv for å få informasjon om det de har vært mest opptatt av, og fikk tilfredsstillende svar *“Jeg tror mye kom fram fordi jeg spurte så mye”.* En informant opplevde at det var nødvendig å ha en aktiv rolle som pasient for å få konkret informasjon om sin helsetilstand. Videre ønsket informanten at personalet uoppfordret ga individualisert informasjon slik at pasientene fratas dette ansvaret *“Når de pratet ferdig hadde jeg mange spørsmål, så de kunne kanskje være tydeligere på det. Tenk på de som ikke klarer å spørre”.* Tre Informanter hadde mest behov for informasjon om alvorlighetsgrad

av infarkt, prognose og skadeomfang *“Jeg var opptatt av å få vite mest mulig og jeg spurte mye om hvor alvorlig dette er og hvordan det går med meg”*.

Majoriteten av informantene oppgir det som viktig å få informasjon om hvordan akutt hjerteinfarkt vil påvirke deres livskvalitet og tiden det tok før de ble helt frisk igjen *“Man ønsker å bli frisk så fort så mulig, man er utålmodig etter å få informasjon om det, jeg spurte og gravde rundt dette”*.

To har også vært opptatt av om hjertet har tatt noe varig skade og om han hadde kommet tidlig nok til sykehuset. I tillegg har han vært interessert i detaljer og stilt noen tekniske spørsmål *“Jeg har fått vite at jeg har fått oppdatert en ny versjon av stent”* Informanten mente at helsepersonell må ta mer ansvar for å overbringe informasjon om de enkelte sykdomstilfellene og ønsket at legene uoppfordret gir individualisert informasjon *“De kunne vært tydeligere om mitt tilfelle”*.

5.3.2 Individuell tilpasset informasjon er nødvendig for bedre mestring i hverdagen etter utskrivelse fra sykehus

Selv om hjertet var ferdig revaskulert og helt friskt, så oppga samtlige informanter på ulike måter at livet var annerledes en før hjerteinfarkt *“altså fem ulike typer medisiner, dosett skal blir en del av livet”* *“Det ligger mye i underbevisstheten, jeg sover jo ikke godt enda, nei”* *“Hvordan er liksom restitueringen og mulighetene, alle vil jo gjerne være friske”*

Tre informanter har vært opptatt av viktige livsstilsendringer i fremtiden. En informant fortalte at det oppleves betryggende å bli informert om resultatet av de forskjellige undersøkelsene. Dette gjorde at han reiste hjem med trygghet på at hjertet ikke hadde fått varige skader *“Det ble tatt bilde av hjerte, lunger, alt var fint og det var godt å vite”*. Kardiologen kunne ikke forklare sykdommen siden han hadde ingen risikofaktorer. Derfor hadde informanten ikke fått konkret veiledning eller råd om aktuelle livsstilsendringer, men dette bekymret ikke informanten siden han hadde fått vite at hjertet var helt frisk igjen.

En forteller om sykdommen som en sjokkartet opplevelse” *Å få hjerteinfarkt var et sjokk, jeg opplevde meg som sunn og frisk før dette, det var som å få hele verden i hodet*”.

Informanten mente å ha fått ufullstendig informasjon før hjemreise og følte seg uforberedt på utfordringer i hjemmesituasjonen. Det å gå fra å være sunn og frisk til å oppleve et akutt hjerteinfarkt førte til usikkerhet og opplevde at det var vanskelig å igangsette livsstilsendringer når informant ikke visste nok om nødvendige endringer. Informant mente at helsepersonell skulle ta situasjonen mer på alvor og måtte bidra til å gjøre det lettere å mestre ulike somatiske og psykiske endringer *“De sa jeg kunne leve som normalt, men det går ikke, fordi det er mye endringer”*.

Etter hjemreise hadde informant reflektert over sin tilstand, opplevde at det var mange følelser å håndtere hjemme og tilgang på informasjon kunne bidra til å gjøre det lettere å mestre tilstanden” *Det er så viktig med informasjon, man burde ha en oppfølgingstime maks to uker etter utskrivelse*”. Informanten har også møtt utfordringer i sosiale settinger og blitt usikker på vanlige hverdags tiltak som har vært fornuftig å følge *“De kunne sagt litt om alkohol, venner mente at jeg kunne drikke litt, men jeg leste om det og fant ut at det ikke var bra*”. Informant fortalte også at det har vært utfordrende å stille spørsmål om seksualitet fordi informasjons samtaler ikke har foregått i private omgivelser. Informanten fremhever hvor viktig tilrettelegging av omgivelsene er for å sikre åpenhjertighet fra pasientene og bedre mestring *“Det burde vært satt av tid til utskrivningssamtale bak lukkede dører, og gitt beskjed på forhånd når det ville skje, så kan man forberede seg*”.

En informant uttrykker usikkerhet rundt anbefaling om å være mer aktiv og for å oppnå full restituering fordi han var usikker på hva som skulle restitueres *“Jeg har lurt på om det er hjertet eller lungene som skal trenes?”*

En opplever seg frisk nok til å begynne på jobb igjen, men savner informasjon om når det ville være fornuftig å jobbe fulltids igjen” *Jeg vet ikke hva som er fornuftig, vet ikke hva man kan forventer, når er hjertet i form igjen?*”. Informant savnet også informasjon om hvorfor legen har tatt ifra sertifikatene i fire uker og mente at dette har vært uforventet: *“Jeg synes det var litt heftig siden det hadde gått så bra og ting var stabilt, hvorfor da 4 uker uten sertifikat?”*. Han oppgir videre at informasjon om livsstilsendringer er lett tilgjengelig på internett og ønsket at det skal legges mer vekt på individuell tilpasset informasjon under sykehusoppholdet. Han hadde spurt om hva som var nødvendig å ta hensyn til før

utskrivelse, men savnet et konkret svar *”Jeg fikk til svar at jeg måtte lytte til kroppen min,. Er det sånn at jeg kan bære en betongkloss hvis jeg vil?”* Informanten savnet informasjon om hvor lenge han burde være sykemeldt, og hadde et sterkt ønske om at informasjonen blir tilpasset i forhold til pasientenes behov og tilstand.

En av informantene hadde bestemt seg for å ikke la sykdommen dominere hverdagen siden legen hadde informert om at hjertet nå var helt friskt, men opplever at der er utfordrende å oppleve helsen i nytt perspektiv. På grunn av utmattelse var det vanskelig å fullføre dagligdagse aktiviteter og informant var frustrert over dette *”Jeg vet ikke om det er lurt å presse seg eller må man hvile litt mer? det er viktig å få informasjon om slike ting synes jeg”*. Videre fortalte han at det legges press på en å måtte endre livsstilen til å bli mer sunt og dette forårsaket mer stress i hverdagen *”Man kjenner på et rart stress, man skal bli sund som man aldri har vært, man legger press på seg selv”*.

5.3.3 Skummelt forvirrende og nytt å forholde seg til bivirkninger av nye medikamenter

En av informantene nevnte minst fire ganger at medisiner var nytt og forvirrende og forholde seg til, men hadde funnet en god måte å håndtere medisinene på etter hjemkomst. Informanten fortalte at utskrivningssamtale har vært nyttig for å være løsningsorientert angående medisiner og for å ha kontroll på medisinene *“Jeg fikk et skriv om medisinene og utskrivningssamtale med lege, så det har gått greit”*. Informanten hadde fått informasjon om eventuelle bivirkninger av medisiner som har bidratt til mindre engstelse når han opplevde disse hjemme.

En annen oppgir at det er skremmende å ikke vite hva ulike symptomer tydet på, ikke kjenne til bivirkninger av medisiner og hvor vanskelig det er å tilpasse følelsene til den kognitive forståelsen som tilsier at medisinene fører helsen i bedre retning *”Jeg savner veldig informasjon om bivirkninger av medisiner. Man blir svimmel også lurer man på hva skjer nå?”*. *Medisiner skal bli en del av livet, man kan forstå med hodet at det har gått bra og medisiner vil bidra til at dette går bra”*.

En informant har vært opptatt av hvordan betablokkere fungerte og hvor lenge de skal brukes. Han mente å ha nedsatt kondisjon etter hjerteinfarkt og ikke klart å være like aktiv som før. Informanten savnet full forståelse av betablokkernes effekt og mulige bivirkninger. Kun en informant oppgir å ha fått tilstrekkelig informasjon om medisiner, og særlig kolesterolsenkende tabletter som han oppgir særlig interesse i *“Når jeg er ute og går så har jeg i en oppoverbakke, så går det tungt. Kanskje det betablokkere skal passe på at hjertet ikke belastet for hardt, det er et spørsmål som henger der”*.

5.3.4 Informasjon gitt på fagterminologi forårsaker usikkerhet

Noe av informasjonen har vært vanskelig å forstå fordi det ikke var tilpasset individuell forståelse. *“De brukte mye faguttrykk, det forstår ikke vanlige folk, de kunne ha tilrettelagt det”*.

To informanter oppgir stor interesse av hva legen sjekker når det tas ultralyd av hjertet. Kardiologen forklarte, men informantene mistolket informasjonen fordi de ikke fikk forklart hva EF innebar, dette var et fremmedord for begge to *“Han (kardiologen) fortalte jeg hadde 35% , jeg trodde det burde være 100%”* .Senere har en av informantene fått forklaring av en intensivsykepleier og husket informasjonen: *“Det var en del fremmedord, men hun forklarte meg for eksempel hva EF var”*, mens for den andre var dette fortsatt uklart.

En oppgir at mye av informasjonen handlet om kroppslige ting som bare helsepersonell forstår, faguttrykk kompliserte det ytterligere å forstå. To av informantene fortalte at de fulgte med når blodtrykket ble tatt, den ene mente at han ikke forsto hva det betød *“Blodtrykket er fint, men hva betyr det?”* Mens den andre hadde kunnskap om dette fra før og gjorde seg opp en mening på egenhånd. *“Jeg visste hva blodtrykk var, jeg kikket på det innimellom og så at det var normalt.”*

En av informantene har ikke gitt uttrykk for at noe var uklart, heller ikke at helsepersonell brukte for mye fagspråk.

5.4 Utilstrekkelig informasjon fører til antakelser som bidrar redsel og angst

Alle informantene ga utsagn om at situasjonen de var kastet inn ble oppfattet som en trussel mot deres liv slik de kjenner det. De ønsket informasjon som kunne bidra til å øke deres evne til å oppleve kontroll i situasjonen og unngå å gjøre egne slutninger på galt eller manglende grunnlag: *“De burde fortelle deg ting. Det var liksom nå er du fikset og kan reise hjem”*.

“Å få hjerteinfarkt var et sjokk, jeg ante ikke at det var hjerteinfarkt. Når du ligger der setter det i gang mye angst.”

5.4.1 Vag og uklar informasjon bidrar til økt usikkerhet

En av informantene understreket at legene ikke burde gi opplysninger før svaret var sikkert. Det opplevdes vanskelig at legene ikke var samstemte i informasjonen de gav. Han anerkjente at leger var ulike, men ønsket at de hadde fokus på dette når de gav opplysningene. En opplevelse med en lege som uttalte noe som senere viste seg å være uriktig, opplevdes som en stor og unødig belastning *“Legene er ulike, men de kunne hatt litt mer strategier så ikke det blir så tilfeldig etter hvem du spør”*.

En annen informant forteller at intensivsykepleierne var tilgjengelig, men de ga også ulike svar. En informant oppgir en opplevelse av at legene var for vage i tilbakemeldingene, han måtte spørre og grave mye før legene ville bekrefte at det var et kraftig infarkt. Informanten ønsket ikke å være veldig negativ, men satt spørsmålsteget på hvordan pasienter som ikke var så pågående klarer å få konkrete svar. Han ønsker at legene kunne gitt konkrete tilbakemeldinger om framtidig helse *“Jeg var opptatt av å vite mest mulig. Legen var litt forsiktig, men bekreftet at det var kraftig, og jeg spurte og grov. Men jeg er ikke misfornøyd”*.

En annen informant mente derimot at informasjonen som informant fikk var tilstrekkelig til at han slipper usikkerhet, men at man som pasient kan bli opptatt av alle detaljer og det fortsatt noe han fortsatt er usikker på.

De to siste sa ikke noe om dette direkte, men en av dem hadde sterkt behov for å få beroligende eller sovemedisin første natten etter infarkt og opplevde å få sprikende og uklare svar på hvorfor helsepersonellet ikke kunne etterkomme hans/hennes ønske.

5.4.2 Opplever behov for informasjon for å dempe redsel og angst

To informanter snakket mye om dødsangst, men ingen av dem tok opp temaet under oppholdet og følte seg alene om det. De opplever at helsepersonell har vært svært opptatt av det somatiske og tok ikke hensyn til individuelle psykiske reaksjoner.

En informant opplevde å ikke ha blitt forberedt før angio undersøkelsen og savnet informasjon under PCI inngrepet. Mangel på informasjon underveis PCI inngrepet har økt stress og angst hos denne informanten *“Jeg var så redd for å røre på meg og følte meg ikke avslappet i det hele tatt, savnet det å få mer ro, jeg var helt utslitt etterpå”*. Informanten har ikke hatt nok spørsmål under oppholdet, men mener at informasjonen burde gis uten at pasientene trenger å stille spørsmål. Han savnet samtale om opplevelsen etter akutt hjerteinfarkt og opplevde seg ikke møtt på sitt behov for individuell tilpasset informasjon. og mente at verken ansvarlig kardiolog eller intensivsykepleiere har hatt fokus på informasjon om normale psykiske reaksjoner. Dette hadde forsterket ensomhetsfølelsen rundt utfordringene og bidratt til økt usikkerhet om prognosen. Informanten fremhevet hvor vanskelig det har vært å håndtere følelsene etter hjemreise på grunn av ufullstendig informasjon. For denne informanten har situasjonen hjemme vært preget av mye angst og informanten måtte forholde seg til familie og venner som hadde gjennomgått en lignende situasjon for å mestre sine psykiske reaksjoner og få bekreftelse på at angst var en normal følelse. Selv om kardiologen har forklart at hjertet var reparert så var angsten likevel tilstede.

Redsel og angst spesielt i forbindelse med nytt hjerteinfarkt har hindret nattesøvn og daglige aktiviteter hos en av informantene. Kveldene og natten har vært spesielt tung på grunn av mye angst og negative tanker *“jeg var redd når jeg kom hjem, redd for at det skal skje igjen, man kjenner på så mye, man er livredd for å dø”*.

Akutt hjerteinfarkt blir beskrevet skremmende og angstfylt og informant savner forberedelse for å håndtere angsten hjemme. *“Det var ikke mye prat om hva som hadde skjedd, tross alt jeg hadde vært gjennom noe alvorlig, det er rart at man ikke får noe”*. Informanten

beskriver også søvnproblemer på sykehuset fordi tankene og angsten kom, men det var ingen som tok opp temaet.

En annen informant beskrev også frykt for å være alene og behov for å bruke angstdempende medisiner. Informanten hadde et udekket behov for å snakke om redsel og angst og få bekreftelse på at å ha dødsangst var normalt *"det er ikke lett å være positiv når hele verden står på hodet, da trenger man å vite at dødsangst er normalt"*. Det har også vært utfordrende å forstå alt informasjon pga at den ikke var tilpasset individuelle forståelse og kunnskap. Dette har forsterket stress og angst hos begge disse informantene. Informanten etterlyste forberedelse og orientering om psykiske reaksjoner etter hjemreise og mente at helsepersonell må innta en helhetlig tilnærming på tilstanden og forklare hvordan pasienter skal skille mellom de normale og unormale psykiske påkjenningene.

To av informantene snakker ikke om denne typen opplevelser, men de sier *"etter en sånn trøkk så er man veldig opptatt av om man blir frisk, og kan fungere som før"*, og

"Jeg er opptatt av om hjertet kommer til å slå normalt"

6.0 HVORDAN OPPLEVER PASIENTER SOM HAR HATT ET AKUTT HJERTEINFARKT OG FÅTT PCI BEHANDLING INFORMASJONENE DE HAR MOTTATT UNDER SYKEHUSOPPHOLDET?

Gjennom analyse av funnene ble det utviklet flere problemområder som diskuteres i lys av teori, tidligere forskning og egen erfaring. Hensikten er å identifisere ulikheter, bekrefte fellestrekk og presentere nye funn som vi har kommet frem til i denne studien.

6.1 Informasjon på sykehuset om akutt hjerteinfarkt oppfattes for generell med lite fokus på individuelle behov

Fire informanter var fornøyd med den grunnleggende informasjonen mens individuell tilpasset informasjon opplevdes som manglende hos alle. Samtlige fortalte at både intensivsykepleierne og ansvarlige kardiolog har hatt lite fokus på å individualisere informasjonen. To av informantene var aktive med å stille spørsmål om sitt eget tilfelle. De andre informantene oppgir ikke egeninnsats som en pådriver for å motta informasjon. I følge egen erfaring på aktuell hjerteovervåking innebærer informasjon forklaring på hvordan et akutt hjerteinfarkt oppstår, hva PCI inngrepet innebærer, hvilke observasjoner som skal gjøres og forsiktighetsregler i de første timene etter PCI. I løpet av neste dag skal pasienter ha mottatt informasjon om funn, behandlingen de har vært gjennom, medisiner og forebyggende tiltak etter hjemreise.

Pasienter har behov for informasjon for å ha nødvendig kompetanse til å etterleve anbefalt legemiddelbehandling, livsstilsråd og gjenkjenne symptomer som tyder på forverring. Det blir også anbefalt å undervise pasienter om hjertets anatomi og fysiologi, ulike hjertesykdommer, risikofaktorer, undersøkelsesmetoder og behandlingsmuligheter. I tillegg anbefales det å informere pasienter om viktige livsstilsendringer som røykestopp, kosthold, alkoholforbruk, vektreduksjon, aktivitetsråd og seksuell aktivitet (Stubberud, 2016, s 352 - 432).

Tidligere forskning bekrefter at pasienter etterlyser og vektlegger individuell tilpasset informasjon mer enn grunnleggende informasjon. I likhet med tidligere forskning skiller

informantene i denne studien mellom to informasjonstyper. Den første typen var generell informasjon, det vil si informasjon som er felles for alle pasienter om årsaken til akutt hjerteinfarkt, gjennomgått behandling, mulige komplikasjoner og nødvendige livsstilsendringer (Petricek, Bulijan, Prljevic & Mladenka, 2017, s 38). Petricek et al. (2017) presiserer også betydningen av individuell tilpasset informasjon og pasientenes behov for å stille spørsmål som de er opptatt av, for å bli kjent med deres kropp på nytt. Individuell tilpasset informasjon er viktig for å mestre, håndtere og skille ulike symptomer fra hverandre (Petricek et al.,2017, s 38). Pasienter er mest opptatt av sitt eget tilfelle og etterlyser mer detaljert informasjon når det gjelder omfang av skade på hjertemuskulaturen og konsekvenser av eventuelle skader (Astin, Closs, Mclenachan, Hunter & Priestley, 2008, s.329).

Tre informantene i denne studien mente og hatt godt utbytte av informasjon under PCI inngrepet fordi den har økt deres forståelse av situasjonen. Ingen av informantene gir uttrykk for at informasjonen i denne fasen ble ansett som fånyttet, forstyrrende eller forvirrende. Tvert imot gir informanter i denne studien uttrykk for at å motta fortløpende informasjon i denne fasen bidrar til opplevelse av trygghet og å bli tatt på alvor, samt at det bidrar til å befeste inntrykket av et kompetent helsepersonell. Kun en informant oppgir å ikke ha fått informasjon underveis PCI inngrepet og oppgir at det forsterket angst i den akutte fasen. Dette funnet viser at pasientenes behov for informasjon oppstår allerede i den akutte fasen og skal prioriteres så langt det lar seg gjøre. I slike situasjoner der pasienter gjennomgår en akutt behandling er informasjon om hva som gjøres underveis i undersøkelsen viktig, slik at pasienten kan bearbeide informasjonen og forberede seg mentalt på det som kommer (Stubberud, 2016, s. 357). Informasjon om hvorfor og hvordan undersøkelsen utføres og begrunnelse på ubehagelige påkjenninger øker forståelsen, demper angst og bidrar til bedre mestring av det negative stresset (Stubberud, 2016, s. 357). Erfaring viser at i en akutt situasjon kan intensivsykepleierne både på PCI-labben og på hjerteavdelingen oppleve tidspress, men dette funnet tyder på at personalet har vært oppmerksom på å informere pasienten i den akutte fasen. Dette kan tolkes som at helsepersonellet på den aktuelle avdelingen har gode rutiner for å både ivareta tiltak i.f.t den akutte sykdommen parallelt med å informere pasienten. Det skiller seg fra annen forskning hvor den akutte fasen ble ansett av helsepersonell som spesielt vanskelig i.f.t til å klarer å ivareta informasjon fordi akuttsykepleien måtte prioriteres til tross for at pasientene ga uttrykk for et stor behov for informasjon også i denne fasen (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010, s.482).

Fire informanter nevnte at brosjyrer, film og tegning av hjertets anatomi og kransårer ga bedre forståelse av gjennomgått behandling. Legene bruker bl.a. en skjematisk framstilling av hjertet og hvor blodproppen satt, alle informantene husker å ha sett denne. Likevel gir de uttrykk for at denne type informasjon kun er nyttig for å lære om hjerteinfarkt generelt fordi den ikke er spesifisert til hvert enkelt pasients tilfelle. I følge egen erfaring har aktuell hjerteovervåkning rutine på at pasientene får se en informasjonsfilm om PCI behandling. Brosjyrer om kosthold, livsstilsendring og risikofaktorer utarbeidet av Landsforening for Hjerte og Lungesyke skal også være tilgjengelig i avdelingen. Video og illustrasjon av hjertet er viktige informasjonstyper som bidrar til økt læring og skriftlig informasjon skal være tilgjengelig for å støtte muntlig informasjon (Astin et al., 2008, s.328). Likevel er muntlig informasjon foretrukket for å kunne stille spørsmål underveis og vurdere informasjonens troverdighet (Astin et al., 2008, s. 328). I følge disse funnene er det fornuftig å anta at grunnleggende informasjon i form av video, brosjyrer, tegninger og illustrasjoner tilbys oftere fordi det er mindre tid og ressurskrevende, mens individuell tilpasset informasjon krever med planlegging og forberedelse og ikke ble tilbudt i like stor grad, derfor opplevdes det som mangelfull.

Fire informanter opplevde at intensivsykepleierne viste nærhet og omsorg, mens det var kun en informant som mente at det har vært lettere å forholde seg til intensivsykepleiere enn leger for å få informasjon. Informantene ga uttrykk for at intensivsykepleiere har vært tilgjengelige for spørsmål om grunnleggende og generell informasjon, og at det er kardiologen de spør når de vil ha mer utfyllende svar om sitt eget tilfelle. Dette funnet kan forklares med at pasientene tillegger informasjon fra kardiolog mer vekt, men det kan også sees i sammenheng med at legevisitten foregår fastere rammer. Informasjonen fra sykepleierne er tilgjengelige hele dagen og dialogen mangler faste rammer, dermed blir det vanskeligere for en pasient i krise og nedsatt evne til innlæring å identifisere samtalens formål. Det synes som intensivsykepleierne har et forbedringspotensial i å tilpasse informasjonen for å møte de krav som stilles via intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde som presiserer at intensivsykepleie skal ytes på grunnlag av pasientens kunnskaper, ferdigheter, holdninger, opplevelser, ressurser og behov (NSF, 2002). Vi antar at individualisert informasjon blir ikke prioritert av helsepersonell. Likevel betyr ikke dette at helsepersonell ikke er bevisst på betydningen av denne type informasjon. Kortvarig sykehusopphold og begrenset ressurser skaper utfordring for helsepersonell for å tilpasse informasjonen til hver enkelt pasients behov (Valaker et al., 2017, s. 448).

Utskrivningssamtale er korte, foregår i omgivelser som ikke er egnet for private samtaler og pasienter blir overflyttet til lokalsykehuset uten å få utskrivningssamtale og derfor er misfornøyde (Valaker et al., 2017, s. 448). Det synes som effektivt og komprimert behandlingsforløp begrenser muligheten for å ta hensyn til pasientenes individuelle behov og ønsker for informasjon. Fordelen med avdelingens faste rutine på å gi grunnleggende informasjon er at det blir tilbudt regelmessig og bidrar til bedre forståelse av sykdommen. Ulempen er at det ikke er tilstrekkelig for å øke pasientenes forståelse av fysiske og psykiske endringer som varierer for hver pasient etter akutt hjerteinfarkt. Pasienter har også større behov for samtale der de kan snakke om sin opplevelse, med mulighet til å ta opp sårbare temaer og stille private spørsmål.

6.2 Vanskelig å huske informasjonen i den akutte fasen

Informantene i denne studien har hatt vanskeligheter med å huske detaljer fra informasjonen og var usikker om informasjonen er glemt eller ikke formidlet i det hele tatt. Rask behandling, kort sykehusopphold og opplevelse av sjokk ble påpekt av informantene som mulige årsaker for å ha vært mindre mottakelig for informasjon. To av informantene opplevde å ikke ha fått nyttig informasjon under sitt opphold på hjerteovervåkingen og ingen av informantene oppga å ha fått informasjon om hvordan krisen de står i vil påvirke dem utover det første døgnet. Ofte har pasienten en formening om å ikke ha fått informasjon på grunn av at det ikke blir presisert av helsepersonell at samtalen er informativ (Eide & Eide, 2017, s. 219). I tillegg blir informasjonen lettere glemt når pasienter er i en ukjent situasjon og ikke blir forberedt på forhånd (Eide & Eide, 2017, s. 219).

Majoriteten av informantene i denne studien gir uttrykk for at det er spesielt utfordrende å huske informasjonen som ble gitt rett før, under og rett etter PCI inngrepet. Fire informanter opplever å ha blitt informert fortløpende i denne perioden, selv om de ikke husker alt som ble formidlet gir de uttrykk for at informasjonen har vært nyttig der og da. Ingen av informantene oppgir frustrasjon over manglende hukommelse fra denne fasen. Det kan tolkes som informantene selv ikke har en forventning om å huske noe fra denne perioden, og lett innfinner seg med det. Mens i perioden etter inngrepet har informantene en større

forventning til egen evne til å motta informasjon, og uttrykker ikke samme usikkerhet på at det er informasjon de kan ha fått men kanskje ikke husker.

Andre studier bekrefter at pasienter husker lite av informasjonen under sykehusoppholdet. Tidsbegrensning og mengde informasjon er avgjørende faktorer for hvor mye av informasjonen pasienter klarer å huske (Nicolai et al., 2018, s.32). Oppholdet på sykehuset er en ideell tid for å informere og undervise både pasienter og pårørende mens pasienter er i en fase der de strever med bekymring, angst og nedsatt fysisk funksjon som påvirker deres evne til å motta informasjonen (Fållun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016, s. 500). Pasientenes emosjonelle reaksjon på en livstruende hendelse i kombinasjon med kort sykehusopphold vil redusere deres evne til å huske og oppfatte informasjonen (Astin et al., 2008, s.330). Viktige opplysninger blir glemt fordi det ofte gis i tilslutning til en sjokkartet melding (Cullberg, 2011, s. 130). Individet holder virkeligheten fra seg siden det ennå ikke er mulig å absorbere og bearbeide det som har skjedd når de i en sjokkfase, og har vanskeligheter med å huske hva som hendte og hva som ble sagt i ettertid (Cullberg, 2011, s.130). Pasienter må få tid til å skaffe seg overblikk over den nye situasjonen før de har evnen til å vurdere det som blir sagt og derfor kan man ikke forvente at opplysninger blir godt mottatt (Cullberg, 2011, s.130) I følge Cullberg (2011) er å informere pasientene før det er klart hva de trenger informasjon om en vanlig feil. Informasjonstjenesten ligger alt for ofte utenfor pasientens språk og opplevelsesverden. Praktiske og konkrete spørsmål forblir ubesvart fordi pasienten ikke vet hvordan han kan stille sine spørsmål. Derfor er det viktig å komme så nær så mulig pasientens egen forestillingsverden og finne ut hvilke spørsmål, engstelser hver enkelt pasient er opptatt av ved hjelp av virkelig dialog og aktiv lytting (Cullberg, 2011, s. 152-153).

Individuell tilpasset informasjon ble opplevd som utilstrekkelig. På en side kan individuell tilpasset informasjon ha vært mangelfull, mens på en side kan dette argumentet skyldes informantens redusert evne til å absorbere, bearbeide og huske informasjonen i den akutte fasen. Mindre fokus på gjentakelse av individuell tilpasset informasjon er en mulig årsak til at pasienter savner denne type informasjon. Dette samsvarer med tidligere forskning som kartlegger mulige årsaker til at pasienten sitter igjen med en opplevelse av å ikke ha fått informasjon, at det ikke er gitt, at pasienter er lite mottakelig for det som blir sagt eller at helsearbeiderne ikke fanger opp pasientenes behov for informasjon (Hansen, Nordrehaug & Hanestad, 2004). Det synes som pasienter vurderer og bedømmer informasjonens kvalitet

og kontinuitet ut ifra det de husker etter hjemreise. Alle informanter gir uttrykk for å huske den grunnleggende informasjonen bedre. En av grunnene kan være at den grunnleggende informasjonen er blitt gjentatt av intensivsykepleiere, mens individuell informasjon er ikke blitt tilbudt like ofte. I tillegg er grunnleggende informasjon i form av video og brosjyrer lettere tilgjengelig både under sykehusoppholdet og etter hjemreise som gjør det lettere å huske det. Informasjon skal gjentas for å sikre at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått (Stubberud, 2016, s. 357).

Funnene viser at gjentakelse av alle typer informasjon er nødvendig og effektiv for at pasienter skal kunne huske budskapet. Kort liggetid på sykehuset er også et stort hinder for pasientundervisning. Helsepersonell må observere når pasienten er mest mottakelig for informasjon og gjennomføre på en slik måte at pasienten både husker og forstår hva som blir sagt (Eide & Eide, 2017, s. 218). Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter og tilrettelegging av kontekst for at informasjonen skal forstås og huskes bedre. Dette kan forstås slik at pasienter trenger tid til å få oversikt etter den akutte hendelsen før de er mottakelig for informasjon og klar for læring. Derfor er det nødvendig å forberede pasientene på at det er normalt å glemme informasjonen etter hjemreise. Samtidig er det viktig å sørge for at pasienter klarer å mestre hverdagen før den første oppfølgings time.

6.3 Utilstrekkelig informasjon om skadeomfang, prognose og behandling under sykehusoppholdet forårsaker dårlig mestring

Alle informanter har i større eller mindre grad møtt utfordringer etter hjemreise. Noen av disse utfordringene har vært i forbindelse med bivirkning av medikamenter mens det kan synes som andre har opplevd andre påkjenninger som angst og utmattelse. Flere spørsmål om symptomer, livsstilsendringer og fysisk aktivitet har dukket opp etter hjemreise. Selv om helsepersonell har vært tilgjengelig for å svare på spørsmål under sykehusoppholdet har informanter ikke vært klar over hva som er viktig for dem å vite før de ble utskrevet. Informantene uttrykte at mangel på forberedelse før hjemreise forårsaket usikkerhet om livsstilsendringer, medikamenter og symptomer. Informantenes opplevelse av informasjon gitt fra intensivsykepleiere samsvarer ikke med intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde som vektlegger at intensivsykepleiere skal bidra til at pasienten rehabiliteres til et meningsfullt liv og skal begrense omfanget av belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling (NSF, 2002).

Funnene fra tidligere forskning er sammenlignbar med denne studien når det gjelder Informantenes spesifikt ønske om veiledning og ikke bare generelle råd (Nicolai et al., 2018). Forebygging av nytt hjerteinfarkt og livsstilsendringer krever individuell strategi og planlegging og mangel på behandlingsplaner tilpasset til individuelle behov og omstendigheter blir kritisert (Nicolai et al., 2018, s 35). Utskrivning fra sykehuset beskrives som utfordrende på grunn av mangelfull forståelse og forberedelse på livet etter akutt hjerteinfarkt (Fålun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016, s 499). Usikkerheten ble forsterket av utilstrekkelig informasjon om å leve videre etter hjerteinfarkt som har vært vanskelig å implementere i hverdagen (Valaker et al., 2017, s. 448). Utilstrekkelig informasjon før utskrivelse kan redusere pasientenes mestringsevne til livsstilsendringer i hjemmesituasjon og øke opplevelse av angst som igjen resulterer i dårligere klinisk utfall (Fålun et al., 2016, s.500). Det å få beskjed om å leve normalt etter hjerteinfarkt er ikke tilstrekkelig og det forventes å få spesial veiledning før hjemreise (Valaker et al., 2017, s. 450). Å opprettholde et normalt liv og mestre dagligdagse aktiviteter presiseres også som utfordrende av (Fålun et al., 2016, s. 448). I tillegg er det utfordrende å vite hva ulike symptomer tyder på, hvordan symptomer på nytt hjerteinfarkt skal gjenkjennes og håndteres (Fålun et al., 2016, s. 448). Informanter fra en annen studie er bevisst på at risiko for tilbakefall kan reduseres med sunn livsstil, men er usikker på hvordan dette skal igangsettes etter hjemreise (Astin et al., 2008, s.328). Pasienter blir usikker om i hvilken grad ulike symptomer vil påvirke deres livskvalitet på en negativ måte og var bekymret for fremtiden (Fålun et al., 2016, s.499) Dette gjaldt særlig de som fortsatt hadde symptomer som brystmerter, dyspne som forsterket deres angst (Fålun et al., 2016, s.499). Bekymring for kronisk sykdom og nytt hjerteinfarkt som utvikles hos pasientene på grunn av dårlig tid til forberedelse resulterte i utilfredsstilt behov for informasjon og økt sannsynlighet for komplikasjoner etter hjemreise (Fålun et al., 2016, s.500). Det er ønskelig at helsepersonell identifiserer problemområder hos hver enkelt pasient slik at pasienter lettere kan oppnå livsstilsendringen (Nicolai et al.,2018, s.35). Helsepersonells undervisende funksjon om vanlige symptomer etter hjemreise vektlegges fordi pasienter er for syk til å kunne ta avgjørelser for livsstilsendringer på egenhånd (Valaker et al., 2017, s. 448). Pasienter etterlyser veiledning om dagligdagse aktiviteter og mente at det var utfordrende å tilpasse informasjon til deres individuelle begrensninger, følelse av velvære og kapasitet (Astin et al., 2008, s.329).

I denne studien vektlegger også en av informantene betydningen av nettverk etter hjemreise for å mestre hverdagslig utfordringer og dempe angst. Dette har også kommet frem i en studie der mesteparten av informantene legger vekt på støtte fra familie og venner. Informanter i en annen studie måtte også forholde seg til bekjente med erfaring innen helse for å finne svar på deres spørsmål og vært avhengig av støtte fra sin partner for å få den omsorgen de hadde behov for (Valaker et al., 2017, s.448). Emosjonell støtte har en avlastende verdi og forsterket trygghetsfølelsen som forenklet retur til den normale hverdagen (Nicolai et al., 2018, s.32). Praktisk støtte og råd fra pårørende og venner er en viktig ressurs for å implementere (Fålun et al., 2016, s.497).

I følge egen erfaring har intensivsykepleierne rutine på å informere pasientene og dokumentere at pasienter har fått nødvendig informasjon, men dette vises ikke i våre funn. Dette kan tolkes i sammenheng med at intensivsykepleierne multifunksjonelle rolle reduserer deres mulighet til å ha mer fokus på å informere pasientene og gjør at samtale ikke oppfattes som undervisning når flere oppgaver utføres samtidig. Helsepersonell har ulike syn på hva som er viktige grunnlag for pasientopplæring, noen mener at dette er medfødte ferdigheter, mens andre etterlyser opplæring og mye tyder på at pasient undervisningen gjennomføres tilfeldig, og at sykepleierne ikke får noen formell opplæring (Svavarsdóttir, Sigurdsdóttir & Steinsbekk, 2014, s.58-60). Informasjonen skal tilpasses pasientenes forståelse og kunnskap og god pasientundervisning krever både pedagogisk kunnskap og evidensbasert undervisning hos den som informerer (Svavardóttir et al., 2014, s.60). I følge studiets funn kan man foreslå at utskrivningssamtaler skal foregå mer planlagt og intensivsykepleiere skal ha mer fokus på å støtte pasienten til å stille nødvendige spørsmål før hjemreise.

6.4 Utilstrekkelig informasjon bidrar til økt opplevelse av angst og usikkerhet

Alle informantene har på ulike måter uttrykt sitt behov for informasjon for å dempe angst og usikkerhet. Det er kun to som eksplisitt bruker ordet angst. Hos disse to har denne følelsen vært overveldende. Begge uttaler at de har hatt dødsangst både på sykehuset og hjemme.

For en har angsten vært mest uttalt etter hjemreise, mens det for den andre har tatt stor plass i hele sykdomsforløpet. Hos tre av informantene ble ikke følelsen uttalt direkte, men det er

vanskelig å ikke tillegge en person en grad av redsel når det uttales et sterkt ønske om å få bekreftelse på at hjertet fortsatt slo ordentlig. Det samme gjelder for informanten som minst fem ganger i løpet av intervjuet snakket om sitt ønske om å få vite at det var mulig å komme tilbake i samme form som før infarkt. Altså alle informantene uttrykte en grad av redsel. For majoriteten er dette et latent funn og tolkes som indirekte angst. I ettertid brukte to av informantene mye tid på samtale med familie/venner, og time hos fastlege for å få tak i angstdempende medisin og sovemedisin. De opplevde ikke likhetstegn mellom om at hjertet var behandlet og at de som person var reparert. Det var vanskelig for dem å vite hvordan de kunne adressere utfordringene de hadde. En informant sier at sykepleierne ga ulike svar som gjorde at informant ble usikker og stresset. Pasienter forventer at sykepleierne har kompetanse og tegn på usikkerhet kan skape angst, frustrasjon og resignasjon hos pasientene og for å skape pasienttilfredshet er teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter nødvendige faktorer (Gulbrandsen, 2016, s. 362).

Angst en utløsende årsak til komplikasjoner etter akutt hjerteinfarkt (Moser et al., 2007, s. 14). Det er høyere risiko for utvikling av iskemiske forandringer og arytmier hos pasienter som både opplevde angst og tap av kontroll (Moser et al., 2007, s.14). Utilstrekkelig informasjon før utskrivelse reduserer pasientens evne til oppfølging av råd om livsstilsendringer og forsterker opplevelse av angst som er forbundet med dårligere klinisk utfall, mens vellykket stresshåndtering reduserer dødelighet og kardiovaskulære hendelser (Fåln et al., 2016, s. 500). Den første fasen etter hjemreise er preget av angst og usikkerhet særlig når det gjelder utvikling av nytt hjerteinfarkt og for å være alene (Astin et al., 2008, s.328).

Angst for å være alene og depresjon utvikles etter hjemreise og varer i noen få dager hos noen, mens hos andre kan det vare over lengre tid (Hanssen et al., 2004, s.40). Garvey og Noonans review (2011) påpeker også at opplevelse av frykt og sårbarhet er framtrødende etter utskrivelse og er med på å påvirke livet i negativ retning, samt at misforståelser om sykdommen kan føre til lavere livskvalitet. Dette understreker hvor viktig god informasjon er for å unngå pasientens egne antakelser som kan oppleves skremmende. Våre informanter uttrykte at tankene deres gikk i negativ helse retning. Pasientundervisning foregår i et asymmetrisk forhold, det stiller krav til godt samarbeid mellom pasient og pleier og at helsepersonellet har god innsikt i pasientens opplevelse, det er stor forskjell på

informasjonsutveksling og kunnskapsdeling (Strøm & Fagermoen, 2014, s.558). Garvey og Noonans review (2011) viser til at pasientens informasjonsbehov må identifiseres i et samarbeid mellom pasienten og pleier fordi pasientene ikke vet hva de trenger å lære. Pasienters initiale forståelse av hjerteinfarkt virker til å være avgjørende for rehabilitering og motivasjon for livsstilsendringer (Høglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010, s. 483). Det er slik at egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og dødelighet (Helsedirektoratet, 2017).

Fire av informantene hadde spørsmål som oppsto først etter hjemreise som de ikke klarte forutsi før utskrivelse. Dette funnet oppgis både hos informantene som oppga at de spurte om alt de lurte på, opplevde å være godt informert og informanter som eksplisitt oppga angst og manglende informasjon på sykehuset. Informanter som har vært aktive med å stille spørsmål ønsket informasjon om livsstilsendringer, bivirkninger, fysisk aktivitet, kosthold for å mestre nødvendige livsstilsendringer. Disse informantene oppga god respons fra helsepersonell. Likevel oppga altså tre av dem utfordringer og usikkerhet etter hjemreise. Informantene som eksplisitt oppga angst og manglende informasjon på sykehuset, opplevde også de samme utfordringene, men fokuset ligget på at informasjonen skulle først gi innsikt for å dempe angstfølelsen, redusere usikkerheten for å deretter kunne håndtere livsstilsendringer. Det viser seg at alle respondentene står i en spenningstilstand og håndterer dem ulikt og dette kan representere to mestringsstrategier slik Antonovsky (2003) forklarer det i sin teori. Det kan tolkes som at det er lettere for helsepersonellet å møte behovet hos pasientene som har sterk OAS, og ikke definerer stimuli stressfaktor, men går ut ifra at man kan tilpasse seg de krav som stilles, og makter å være mer konkrete i formidlingen av sine behov (Antonovsky, 2003). Motsatt vil pasienter med svakere OAS kreve mer av helsepersonellets evne til kommunikasjon, mellommenneskelig kontakt for at helsepersonellet skal forstå behovene deres (Antonovsky, 2003).

Fire informanter har gitt god tilbakemelding på den direkte og konkrete informasjonen de har mottatt som film og tegningen av hvor infarkt rammet. De gir uttrykk for at dette har vært lettfattelig informasjon. Årsaken kan være at informasjonsfilmen innebærer mindre rom for misforståelser og usikkerhet. Samtidig mener to av informantene at informasjonen bare er fokusert på det somatiske og at informasjon om normale psykiske reaksjoner er fraværende. De spesifiserer ikke om det gjelder både muntlig og skriftlig, men eksemplene de gir omhandler informasjon på legevisitt. For dem bidrar det til at det blir usikre på sine

egne reaksjoner. Dette funnet sammenfaller med annen forskning som viser til at helsepersonell ikke bare må ha god teoretisk kunnskap for å undervise pasienter, men like viktig er det å ha evne til å danne gode mellommenneskelige relasjoner, fange opp deres informasjonsbehov og legge til rette for en effektiv dialog med rom for individuelle råd og livsstilsråd (Svavarsdóttir et.al.,2014, s.7). Dette funnet tolkes slik at det ikke er riktig å standardisere måten vi gir informasjon på, hverken i form eller innhold. Dette stiller krav til at helsepersonellet er oppmerksom på pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon for å fange opp hvilken informasjon de ulike pasientene trenger for å unngå angst og usikkerhet. Det synes som utfordringen med vag og uklar informasjon blir dermed at den bidrar til økt usikkerhet, og kan gi rom for lavere motivasjon og evne til egeninnsats.

For å ivareta intensivsykepleieres undervisende funksjon (NFLIS, 2012) må man tilpasse seg pasientens behov, slik at informasjonen bidrar til økt mestringsevne hos pasientene. Dette sammenfaller med våre funn hvor informantene som var aktive med å spørre mens de var innlagt likevel hadde umøtte informasjonsbehov etter hjemreise, funnene viser likevel at de oppgir lavere opplevelse av usikkerhet og angst enn hos informantene som ikke har vært aktive med spørsmål, det kan ha sammenheng med at informantene som spurte mye fikk mer individualisert informasjon, men det kan også bety at de økte sin forståelse av den grunnleggende informasjonen som blir gitt til alle pasienter.

Informasjon gitt på fagterminologi er vanskelig å forstå. Dette forårsaket feiltolkning av informasjon og førte til usikkerhet når det gjaldt hjertets funksjonsnivå etter PCI behandling, medikamenter, livsstilsendringer og symptomer. Noen av informantene har etterlyst mer konkret informasjon og fått tydeligere forklaring mens andre ikke har tatt initiativ selv. En annen studie bekrefter at det kan være utfordrende for pasienter å forstå meningen bak informasjonen og dette har vært avhengig av deres individuelle tolkning. I likhet med denne studien hadde informanter misoppfatninger om skadeområdet og det var betryggende, befriende og oppmuntring å vite om hjertets kapasitet ville helbredes (Astin et al., 2008, s.329).

7.0 METODEDISKUSJON

Målet med oppgavens metodediskusjon er å avdekke styrker og svakheter i metodevalg og gjennomføring som har påvirket resultatet. Avgjørelser som ble tatt underveis har påvirket studiets resultater både med tanke på fordeler og ulemper. Man kan diskutere om pasientene står mer fritt i valget mellom å avstå eller delta ved at en ansatt på den aktuelle avdeling de akkurat er utskrevet fra tar kontakt, enn om en masterstudent uten tilknytning til avdelingen hadde tatt den oppgaven. På den annen side sto kontaktpersonen i den beste posisjon til å ha oversikt over «gode» kandidater. Det er rimelig å anta at avdelingen opplever en viss interesse for resultatet av prosjektet som bidrar til engasjement nok i oppgaven til å sette seg inn i studiens mål og kriterier. Det oppsto likevel noen misforståelser underveis som førte til at kandidater som ikke oppfylte studiens kriterier fikk forespørsel om å delta.

En mangel er at det ikke er respondenter på 80 år +. Denne aldersgruppen opptar omtrent halvparten av sengene på norske sykehus. Gamle intensivpasienter har ofte sansesvikt som gjør kommunikasjonen vanskelig, dette setter spesielle krav til intensivsykepleien (Guldbrandsen, Stubbrud, 2015, s.34). Nedsatte sanser er ikke satt som et eksklusjonskriterium, det er mulig at personer med nedsatt hørsel / syn krever en annen kontaktflate enn brev og telefon. Dermed kan seleksjonen av informanter har vært til hinder for å nå dem over 80 år, og kan danne grunnlag for en eksklusjon bias (Nordtvedt, et.al. 2012 s.199). Masterstudentene kan kun påpeke mangelen, ikke konkludere eller avkrefte eksklusjons bias.

Vi nådde ikke det ønskede antall informanter, det kunne vært mulig å nå flere ved å ha en lengre datainnsamling periode, eller endrede inklusjon og eksklusjonskriteriene. Informantene har mange kanaler hvor de kan ha fått eller oppsøkt informasjon. For eksempel hadde majoriteten av informantene hatt time hos fastlegene i perioden før poliklinisk oppfølgingstime og intervju, to oppga også at de hadde benyttet internett til å søke etter informasjon. Det kan diskuteres om dette eksklusjonskriterier kunne falt bort. Det ville medført en større tilgang på respondenter innenfor tidsrammen for masterstudentene, men tatt bort studiens mål om å isolert undersøke informasjonen gitt på hjerteavdelingen. For kontaktperson på avdelingen, og på grunn av masterstudentenes mål om å levere masteroppgaven til normert tid var det ikke mulig å forlenge datainnsamling perioden. Valget ble å godta fem intervju som grunnlag for studien.

Under gjennomføringen av intervju med informant nummer to kom det frem at informanten allerede hadde vært på poliklinikken til informasjonssamtale. Informanten faller derfor utenfor et av studiets eksklusjonskriterier. Ved å inkludere intervjuet i studien kan avviket fra kriteriet resultere i bias i datamateriale fordi man risikerer at informanten ikke skiller mellom informasjon før og etter utskrivelsen. Ved å ekskludere intervjuet taper vi datamateriale, og mener det ville være etisk utfordrende i.f.t at informanten har hatt et tydelig ønske om å bidra, har brukt av sin tid, vist oss tillit ved å dele av sitt privatliv, delt vanskelige følelser og eksponert seg for fremmede mennesker (Kvale & Brinkmann, 2017, s.102). Som forskere ble det nødvendig å ta et vanskelig valg. Etter å ha søkt råd fra medstudenter og flere veiledere ble det med bakgrunn i det etiske bestemt å inkludere intervjuet. Det fremheves at forskerne behandlet funn fra informant to med større varsomhet og var mer kritisk til det. Informantenes utsagn ble markert med nummer. Slik hadde vi oversikt over hvem som hadde sagt hva når vi behandlet dataene.

Vårt inntrykk er at telefonsamtalen i forkant av intervjuet hvor informantene fikk mulighet til å stille spørsmål, få informasjon om masterstudentene, og sto fritt til å velge tid og sted for gjennomføringen, til sammen bidro det til målet om at medbestemmelse og samarbeid. Dette utjevnet maktbalansen som er tilstede i et forskningsintervju med bakgrunn i deltakernes ulike roller. At informantene slappet av og hadde en god dialog med begge, mener vi ble et godt bidrag til at informantens gav rike beskrivelser av sine opplevelser (Kvale & Brinkmann,2017, s.51 -160). Samtidig er det risiko for at vår uerfarenhet kan ha bidratt til at vi har gått glipp av informasjon og kan ikke se bort i fra at en med mer erfaring hadde klart å utdype pasient opplevelsen ytterligere. Ved å benytte survey intervju som metode kunne man omgått problemstillingen med ferdigheter hos forsker som et kvalitativt intervju forutsetter (Kvale & Brinkmann,2017, s.84).Vi mener den metoden ikke ville maktet å fange opp variasjonen og detaljene i informantenes opplevelse som vi var ute etter i problemstillingen

Innholdsanalysen er det valgt Graneheim og Lundmans (2003) metode, den oppleves oversiktlig med kategoriene teksten deles opp i. Analysearbeidet endret forståelsen på hva manifeste funn innebærer. Informantenes utsagn er gitt også ut fra deres subjektive fortolkning og virkelighet. Vi erfarte hvordan manifeste funn etterfølges av et latent funn,

med bakgrunn i tolkningen forskeren gjør ut fra hvem utsagnet kommer fra, hvordan det blir sagt og helhetsinntrykket forskerne får i møte med informantene.

I arbeide med analysen var de manifeste funn først synlige, og opplevdes som objektive og sikre. De latente krevde større bearbeiding av teksten, det subjektive aspektet i tolkningen av dem medførte at det tok tid å beslutte kategorier. Innholdsanalysen belyser både det manifeste og latente innholdet. Virkeligheten kan tolkes på ulike måter, forståelsen er avhengig av subjektiv fortolkning (Graneheim, Lundman, 2003 s.105).

Et tenkt eksempel:

Hele situasjonen var ny, med sykehus og en drøss med tablett. Det er mye nytt å forholde seg til.

Informanten som sier dette sitter ytterst på stolen, blikket flakker, han har gitt mange utsagn om lite informasjon på sykehuset, han røyker tett.

eller:

Informanten som sier dette sitter tilbakelent i stolen, sier det med et skuldertrekk og ser rolig på masterstudentene. Han oppgir å ha fått god informasjon på sykehuset.

Utsagnet er det samme, men gir grunnlag for ulike tolkninger.

I en analyse ligger det alltid flere mulige meninger, og det foreligger alltid en grad av tolkning av den som leser teksten. Det er viktig å være oppmerksom på dette når man diskuterer studiens troverdighet (Graneheim, Lundman, 2003 s.106). Meningsfulle fenomener må fortolkes for å forstås, i analysen beveget vi oss konstant mellom helheten og delene - i en hermeneutisk sirkel - fram og tilbake i forforståelse og ny forståelse (Gilje & Grimen, 2013, s.153)

7.1 Pålitelighet, validitet og troverdighet

For at leseren skal kunne vurdere studiens pålitelighet, troverdighet og gyldighet har vi gjennom oppgaven diskutert metodevalg, hvordan vi har reflektert over, og gjennomført intervjuene, transkriberingen, analysen, "hvem" informantene var, samt at funnene underbygges med en del direkte sitater fra informantene. Slik skal leseren kunne følge de valg vi har gjort, og bakgrunnen for de valgene vi har gjort. (Nordtvedt, 2013, s. 78). Det

vises også til studiens styrker og svakheter og reflekterer over hvordan det kan ha påvirket studien, og hva som kunne vært gjort annerledes.

7.2 Studiens styrker og svakheter

For masterstudentene opplevdes mangel på tid og erfaring med denne type arbeid å utgjøre de største svakhetene for studien. Tiden bidro til å nå et lavere antall respondenter enn ønskelig, og erfaring fordi det er en mulighet for at det la begrensninger på hvor godt vi klarte å holde fokusere på problemstillingen under intervjuene. Fem respondenter utgjør et lite grunnlag for å konkludere. En respondent ble valgt inkludert selv om kriteriene for deltakelse ikke var oppfylt, vi mener likevel ikke det representerer en svakhet så lenge det er argumentert og gjort rede for. Mangelen på eldre respondenter derimot kan representerer en svakhet, da det bidrar til en svakere gjengivelse av gruppen informantene skal gjenspeile når halvparten av pasienter i norske sykehus er over 80 år (Nordtvedt et.al. 2012, s.193, Stubberud & Guldbansen, 2015 s.34).

Styrken er at gruppen er heterogen på alle felt bortsett fra det felles fenomenet som belyses i studien - hjerteinfarkt. Data fra andre studier underbygger flere av funnene. Det bidrar til at funnene fra denne studien kan brukes for å forstå fenomenet, hjerteavdelingen kan benytte den som et bidrag i sitt kvalitetsforbedrende arbeid (Nortvedt et.al,2012 s.91).

Det gjort et valg om å utelate innsyn i kjønn ved å kun vise til "han" eller informanten i teksten. Det kan medfølge en ekstra utfordring for leseren å sette funnene inn i en kontekst i vurderingen av dem. Troverdighet i kvalitativ forskning innebærer at det gis en korrekt oversikt av deltakernes karakteristikk (Graneheim & Lundman, 2003 s.110), leseren må være bevisst denne utfordringen i teksten, og beholde åpenhet for at funnene også omhandler damer. Ettersom kjønn ikke er et tema i oppgaven - og ikke vil bli diskutert - ble det besluttet å unngå kjønnskontekst i gjengivelsen av funn.

Å samarbeide to stykker om en kvalitativ studie hvor forforståelse og fortolkning er sentralt har vært en styrke med bakgrunn i muligheten til å diskutere og teste sin forståelse med en som har lik innsikt i studien. Men samme bakgrunn danner også en utfordring fordi det blir mer krevende å samle ulike tolkninger til sammenhengende funn/ konklusjon.

8.0 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS

Gjennom oppsummering av resultatene fra denne studien ble det kartlagt flere forbedringspotensialer når det gjelder organisatorisk tilrettelegging og konteksten for informasjon. På bakgrunn av funnene er målet å bidra til endring av den praktiske hverdagen, slik at informasjonen bidrar til en helhetlig forståelse av gjennomgått behandling hos pasientene.

8.1 Tilrettelegging av kontekst for å gi individuell tilpasset informasjon

Funnene i denne studien viser at informantene stiller krav til helsepersonellens innsats i å tilpasse informasjonen til den enkelte. Av den grunn anbefales at intensivsykepleiere holder seg oppdatert innen relevant forskning for å fange opp pasientenes behov for informasjon slik at pasienter forberedes på mulige utfordringer etter hjemreise. For å møte de krav som stilles via intensivsykepleiers funksjon og ansvarsbeskrivelse (NFLIS,2017) er det nødvendig med god relasjonskompetanse og evne til å utvikle god dialog med pasientene. Forbedring av informasjon samtalen mellom pasient og helsepersonell krever utprøving av nye intervensjoner som for eksempel sjekklister og retningslinjer for å sikre at pasienter får nødvendig informasjon. Forslag til forbedring er å skape egne rammer og faste tidspunkter for informasjonssamtale der både intensivsykepleiere og ansvarlig kardiolog er tilstede. Vi antar at tidspress vil alltid være et stort hinder for tilrettelegging av informasjonsmøter. Det kreves tverrfaglig samarbeid mellom ansvarlig kardiolog, avdelingsleder og intensivsykepleiere for å sikre deltakelse av begge parter i informasjon samtalen. Det er også viktig å tilrettelegge for pårørendes tilstedeværelse dersom det er ønskelig fra pasientens side for å kunne gjengi informasjonen til pasienten ved senere anledning (Gulbrandsen, 2016, s. 359). Planlegging av informasjonssamtale bør foregå i samarbeid med pasienten. Pasienten må være mottakelig for informasjon og når informasjonen gis spiller en sentral rolle. Våre informanter ga uttrykk for å ha vært i en sjokkfase den første dagen, derfor antar vi at informasjonssamtalen ikke bør foregå samme dag som PCI behandlingen. Pasienten bør bevisstgjøres om betydningen og formålet av informasjon slik at de er forberedt for å ta imot viktige budskap. Det anbefales også at intensivsykepleierne oppfordre pasienter til å skrive ned eventuelle spørsmål og tanker i god tid i forkant av samtalen for å kunne ta opp viktige temaer og unngå ubesvarte spørsmål før hjemreise. Gjennom informasjonssamtalen anbefales det å notere viktige temaer slik at pasienten har tilgang til skriftlig informasjon hjemme. Dette tiltaket anbefales fordi det viser seg at pasienter ikke er istand til å huske alt

av informasjonen. Informasjonssamtale bør foregå i private omgivelser med hensyn til taushetsplikt og må foregå i form av et formelt møte for å markere samtalens informative verdi og gjøre pasienten mer bevisst på dens betydning. I følge loven om taushetsplikt har helsepersonell et ansvar for å hindre at andre får opplysninger om personlige forhold hos pasienten (helsepersonelloven, 1999, § 21). Dette krever forberedelse og planlegging av omgivelsene. Det er en fordel å informere pasienten om sannsynligheten for utvikling av følelsesmessige reaksjoner, påkjenning av normale symptomer og ulike utfordringer etter hjemreise.

8.2 Organisatorisk endringer

Effektiv behandling og kort sykehusopphold resulterer i pasientenes misnøye av individuell tilpasset informasjon. Det viser seg at tilfeldige og fortløpende informasjonssamtale ikke er tilstrekkelig. Etter analyse av resultatene dukket det opp flere ideer om organisatoriske endringer for å kunne tilby mer omfattende informasjon til denne pasientgruppen. Studiets funn tyder på at pasienter er lite bevisst på sitt informasjonsbehov før de har opplevd den vanlige hverdagen etter hjerteinfarkt. Derfor er mer effektiv og systematisert pasientoppfølging etter hjemreise et viktig tiltak. Selv om hjertet er ferdig revaskulert og helt frisk så opplever informanter seg annerledes enn før. På en side kan tre uker være en gunstig periode fra sykehusinnleggelsen til informasjonssamtale etter hjemreise for pasientene til å oppleve livet etter akutt hjerteinfarkt og dermed ha bedre nytte og forståelse av informasjonen. På en annen side kan den første tiden oppleves sårbar og kritisk. Det er mange følelser å håndtere hjemme og tilgang på informasjon kan bidra til å gjøre det lettere å mestre hverdagen. Det er høy risiko for at flere opplever angst, usikkerhet og oppnår dårlig mestring i denne perioden som kan påvirke deres livskvalitet på en negativ måte.

Alternativet er å oppmuntre dem til å ta kontakt med sin fastlege dersom nødvendig. En annen alternativ er å avtale telefonsamtale med pasienten etter hjemreise. Hanssen et al. (2004) understreker at telefonsamtale etter hjemreise er et viktig tiltak fordi spørsmål knyttet til ulike utfordringer dukker opp etter hjemreise og oppfølgingsamtale via telefon forsterker pasientens følelse av trygghet. Oppfølging via telefonsamtaler av pasienter med koronart syndrom er effektiv for å støtte dem i rehabiliteringsprosessen og redusere sannsynligheten for ytterligere hjertesykdom, angst, depresjon og bidrar til færre sykehusinnleggelser (Kotb, Hsieh & Wells, 2015, s. 1). Forslaget er at sykehuset der PCI inngrepet utføres tar ansvaret for telefonsamtale med pasientene. Dette kan være fordelaktig at kun et sykehus har det

ansvaret slik at pasienter får samme oppfølging og behandles likt. Vår anbefaling er tidligere oppfølgings og informasjonssamtale etter utskrivelse for eksempel etter en til to uker.

9.0 KONKLUSJON

Målet med denne studien var å bidra til bedre pasientopplevelse av informasjonen under sykehusoppholdet etter gjennomgått akutt hjerteinfarkt, og ut i fra studiens funn vise til mulig endringer i rutinene for å gi informasjon, særlig i sykehuset der PCI inngrepet utføres. Vi kan ikke konkludere med om rutinene på at informasjon faktisk blir gitt er gode nok på

avdelingen, men vi kan si noe om rutinene på hvordan informasjonen gis er gode nok, ut fra hvordan de oppfattes av pasienter i krise.

Informantene gjengir stor tilfredshet med behandlingen som ble gitt. Spesielt i forbindelse med PCI inngrepet gjengir de en opplevelse av et profesjonelt helsevesen som i seg selv virker trygghetsskapende. Informantene i studien er unisont enige i at *«når det først skulle være så galt, så var det en god opplevelse»*. Det er lett å forstå deres takknemlighet de overlevde.

Funnene i relasjonell sammenheng handler om helsepersonellens evne til å fange opp pasientenes ulike behov. Funnene gjenspeiler et klart skille mellom grunnleggende og individuell informasjon fra informantens side. Behovet for grunnleggende informasjon er bedre ivaretatt via faste rutiner. Informantene foretrekker at helsepersonell retter oppmerksomheten mot pasientenes individuelle behov for informasjon og mener at gjentakelse av grunnleggende informasjon ikke skal prioriteres i så stor grad av intensivsykepleierne. Samtidig viser det seg at gjentakelse av grunnleggende informasjon har økt pasientens evne til å huske denne type informasjonen etter hjemreise. Selv om intensivsykepleierne er tilgjengelig og tilbyr samtale viser det seg at pasientene mer tillit til informasjonen som gis fra kardiologen. Dette funnet tydeliggjør at intensivsykepleierne har et forbedringspotensial når det gjelder å individualisere informasjonen og møte pasientenes behov for undervisning. Intensivsykepleierens kompetanse og informasjonsferdigheter må komme tydeligere frem for å forsterke tilliten hos pasienter og bidra til mer effektiv informasjons samtaler under sykehusoppholdet.

Informantene opplever ulik grad av stress og angst i forbindelse med den sjokkerte opplevelsen. Det tyder på at pasientene må ha tettere oppfølging de første ukene etter utskrivelse for å imøtekomme de spørsmål som dukker opp hos dem. Helsepersonellet må lytte aktivt for å fange opp det komplekse og ulike opplevelsene til pasientene. For å klare det må helsepersonell lytte aktivt til både det verbale og nonverbale i kommunikasjonen, ikke bare være aktivt lyttende men benytte spekteret av kommunikasjonsformer for å oppnå kontakt, oppfatte nødvendige opplysninger, vise at man hører og forstår (Eide & Eide, 2017, s.22). Pasientene ligger kort tid på sykehus før hjemreise og helsepersonell klarer ikke å fange opp den enkeltes behov. Dermed kan man si at organiseringen av helsetjenesten er til hinder for å skape relasjonene som er nødvendig for å fange opp den enkeltes behov. Av den

grunn er det nødvendig å gjøre organisatoriske grep for å skape relasjoner som møter pasientenes forventning til informasjon. Her tyder funnene på at det er spesielt intensivsykepleierne som må ha tydeligere rammer overfor pasientene når de formidler informasjon, for at det fra pasientenes side skal fanges opp at det er informasjon de får.

9.1 Forslag til videre forskning

Forskning som er blitt utført over flere år har mange fellestrekk og har kommet frem til omtrent samme resultater. Dette tyder på at nødvendige tiltak for bedre pasientopplevelse av informasjon ikke er blitt igangsatt i løpet av disse årene. Vi tenker derfor det kunne være nyttig i videre forskning å dele den inn i de ulike gruppene, med mål om å avdekke ulike behov dem imellom. Forskning er også nødvendig for å opprettholde fokus hos helsepersonell når det er slik at pasientene fortsatt oppgir umøtte behov.

Forslag til videre forskning er sammenligning av pasientenes opplevelse av informasjonen under sykehusoppholdet og etter oppmøte til informasjonssamtale på poliklinikken for å fange opp i hvilken grad deres opplevelse knyttet til informasjon vil forandres og påvirkes. Kvinner og menn kommuniserer på ulik måte om sykdom og helseproblemer, bevisstgjøring om slike forskjeller er viktig i arbeidet med å utvikle helsetjenester (helse og omsorgsdepartementet ,2015-2016). I studien var det funn som muligens kan tilknytte kjønn, ny forskning med fokus på kjønnsforskjeller er nødvendig for å belyse om opplevelsen kan være ulik hos menn og kvinner. Dette oppfattes som mangelfull innen tidligere forskning og derfor mener vi at det er interessant å belyse om forståelse, opplevelse og behovet for informasjon er avhengig av kjønn. Når vi vet at andelen eldre er så stor på norske sykehus ville det vært nyttig med forskning som kan belyse hvordan alder innvirker på pasientenes opplevelse av informasjonen som gis.

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (2003). *Helbredets Mysterium* (1 ed.): Hans Reitzels
- Bendz, O. s. o. B. (Ed.) (2015). *Kardiovaskulær intensivmedisin* (3 utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling* (3 utg.): Universitetsforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon: personorientering, samhandling, etikk* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forskningsetiske retningslinjer (2014). Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf.
- Felicity, A., Closs, J., Mclenachan, J., Hunter, S., & Priestly, C. (2008). The information needs for patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study *Patient education and counseling*, 73, 327-332. Doi: 10.1016/j.pec.2008.06.013
- Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. (2002). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%202.pdf>
- Fålun, N., Bengt, F., Schaufel, M. A., Edvin, S. & Norekvål, T. M. (2016). Patients goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflection at hospital discharge after myocardial infarction *European Journal of Cardiovascular nursing*, 15(7), 495-503. Doi 10.1177/1474515115614712
- Garvey, N. & Noonan, B. (2011). Providing individualized education to patients post myocardial infarction: A literature review. *British Journal of cardiac nursing*, 6(2), 73-78.

- Gilje, N. og Grimen, H. *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. 2013. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Graneheim, U.H, Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness (2004). *Nurse Education Today*, 25, 105-112 doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Guldbransen, T., Stubberud D.G. (Red.) (2015). *Intensivsykepleie* (3 utg.): Cappelen Damm Akademisk
- Hagve, T.A., Berg, J. P. (Ed.) (2015). *Klinisk Biokjemi og Fysiologi* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hanssen, T.A., Nordrehaug, J. E., Hanestad, B.R. (2004). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular nursing*, 4, 37-44. Doi 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Hoglund, T.A., Winblad, U., Arnets, B., & Arnets, J. (2010). Patient Participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel 24, 482-489.
- Kotb, A., & Hsieh, S. (2014). The effect of telephone support interventions on coronary artery disease (CAD) patient outcomes during cardiac rehabilitation: A systematic review and Meta-Analysis *Cross Mark*, 9. *Cross Mark*, 9, 1-11
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo Gyldendal akademisk
- Lindstom, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese* (1 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om pasient og brukerrettigheter (*Pasient og brukerrettighetsloven*). (1999). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.
- Moser, K.D., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L.V., Kyungh, A., & Sheahan, S. (2007). Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69, 10-16.

Nasjonal helse og sykehusplan. (Meld.St. 11 2015-2016) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>.

Nicolai, J., Muller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.H., Gleßner, C.A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change-That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction *Chronic illness, 14(1)*, 25-41. Doi: 10.1177/1742395317694700

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., & Reinar, L.M (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. (2 utg.). Oslo: Akribe

Petricek, G., Buljan, J., Prljevic, G. & Vrcic-Keglevis, M. (2017). Perceived needs for attaining a new normality after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients experience *European journal of general practice, 23*, 35-42.

Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons C., Catapano A., L., Cooney, M.T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Stephen, M., Hobbs, F.D.R., Løchen, M.L., Löllgen, H., Marques, Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D., J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., Worp, H.B.v.d., Dis, I.v., Verchuren, & W.M.M., (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *European heart journal*, (2016)37, 2315- 2381

Rupali Akerkar, B. o. B., Janne Dyngeland, Marta Ebbing, Grace Egeland, Jan Eileng Øystein Jonasson, Yngve Klakegg, Rune kvåle ,Truc Trung Nguyen, Eiving Reikerås ,Ingve Seliussen Vernar Sundvor (2016). Hjerte og karregisteret Rapport for 2015. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/hjertekarrapport-arsrapport-for-2015_010716.pdf

Stubberud, D.G.(Red). (2016). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Oslo: Cappelen Dam Akademisk

Svavarsdóttir, M. H, Siguroardóttir, A. k, Steinsbekk, A. (2014). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: the perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular nursing, 15(1)*, 55-63. doi: 10.1177/1474515114551123

Ulleberg, I.(2012) *Kommunikasjon og veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget

Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.B., Nordhaug, J.E., Rotevatn, S. & Fridlund, B. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings *European Journal of Cardiovascular nursing*, 16(5), 444-452. doi 10.1177/1474515117690298

VEDLEGG 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Hvordan opplever pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet?”

Vi starter intervjuet med:

- Vi ønsker å oppnå tillit og trygghet i relasjonen til pasienten. Det innebærer bl.a å utjevne maktbalanse. Vi presenterer oss selv og gir deltakerne mulighet til å stille eventuelle spørsmål om vår bakgrunn.
- Gjennomgår informasjonsskrivet sammen, få underskrift dersom det ikke foreligger ennå.
- Stiller innledende spørsmål om pasientens alder, kjønn, sivilstand.
- Informere om tidsplan for intervjuet. Vi utarbeider spørsmålene i intervjuguiden med tanke på at de skal være åpne - ikke lede deltakeren i svaret, men likevel holde fokuset på problemstillingen vi ønsker å besvare

1. Hva fikk du informasjon om?

2. Hva opplevde du mest behov for informasjon om under sykehusoppholdet?

3. Hvilken informasjon opplevde du var mest nyttig for deg?

4. Hvor ofte ble du informert?

5. Ca. Hvor lenge varte samtalen?

6. I hvilke kontekst /situasjon ble du informert?

**7. Kunne noe vært gjort annerledes i forhold til: Ø Kontekst Ø Informasjonsinnhold
Ø Informasjonsmengde Ø Informasjonstype**

For å utfylle svarene underveis i intervjuet kan bli aktuelt med oppfølgingsspørsmål som:

- Kan du utdype det?
- Hva tenkte du da?
- Kan du fortelle meg mer om...

VEDLEGG 2: Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt



UNIVERSITETET I AGDER

TEMA

Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Hvordan opplever pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet?”

Bakgrunn og formål

Vi er to sykepleiere som studerer master i intensivsykepleie ved Universitet i Agder, og som skriver masteroppgaven sammen. Hensikten med vårt masterprosjekt er å undersøke pasienters opplevelse og erfaring knyttet til informasjonen de har fått under sykehusoppholdet. Vi vil gjerne intervjuer deg for vårt masterprosjekt fordi du utfyller våre kriterier for deltakelse. Vi er interessert i pasienter som har fått akutt hjerteinfarkt for første gang og som har fått PCI behandling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil vare i ca. 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd. Du får mulighet til å snakke fritt om dine opplevelser og erfaring om vårt tema. Det kan hende at vi stiller deg noen utdypende spørsmål.

Som deltaker har du mulighet til å velge hvor intervjuet skal foregå. Vi er fleksibel når det gjelder tid og sted, så lenge det skjer mellom utskrivelse og før oppfølgingstimen på sykehuset. Dette er fordi vi ønsket at du skal føle deg komfortabel. Ulempen er at du må sette av litt tid til intervjuet, men fordelen er at du bidrar til å forbedre kvaliteten på pasientbehandling.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjumaterialet skal kun være tilgjengelig for veileder og oss som intervjuer deg. Lydopptak fra intervjuene skal oppbevares innelåst og slettes etter at masteroppgaven er ferdig skrevet. Dette er et selvstendig prosjekt og har ingen tilknytning til sykehuset. Deltakelse i studiet har ingen konsekvenser for den behandling du får på sykehuset. Vi skal sørge for at du ikke kan gjenkjennes og dine opplysninger skal anonymiseres. Vi kommer ikke til å spørre deg om personlige opplysninger som for eksempel fødselsnummer og tidligere sykdommer.

Frivillig deltakelse

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Det er frivillig å delta i studien, og du kan trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Når du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet fra prosjektet, med mindre oppgaven allerede er skrevet ferdig og er sendt til vurdering.

Sykehussekretæren vil ta kontakt med deg ca. 1 uke etter at du har mottatt dette brevet via telefon for å høre om du er interessert og for å avtale tid og sted for intervju. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

— ||

Veileder: Ellen **Margareth** Benestad Moi **Telefon:** Student: Cathrine Røysland Henriksen
Telefon: Student: Asal Zadeh **Telefon:** **Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.**

38141865 Epost: ellen.b.moi@uia.no 99274816 Epost: hchenri@student.uia.no 91917471
Epost: asalz16@student.uia.no

Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3: Godkjenning fra NSD



Ellen Benestad Moi
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 17.10.2017

Vår ref: 55945 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 15.09.2017 for prosjektet:

55945	<i>Hvordan opplever pasienter som har hatt akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling for første gang informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Benestad Moi</i>
<i>Student</i>	<i>Asal Zadeh</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 10.11.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Asal Zadeh, asalz16@student.uia.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55945

FORMÅL

Hensikten med undersøkelsen er å belyse hvordan pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og fått PCI-behandling opplever informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av pasienter som har hatt akutt hjerteinfarkt og fått PCI-behandling for første gang. Deltakerne rekrutteres gjennom sykehuset.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må i tillegg opplyses om at datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 10.11.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

VEDLEGG 4: Svar på søknad til (FEK) på fronter

Du er her: ... > Innlevering skjema > Innlevering 10 Fek frist 15.november

Søk Mapper Skriv

Innlevering skjema - Kommentar

Navn: Asal Zadeh

Les kommentarer i besvarelsen din:  Søknad FEK

Kommentar: Fek behendlet din søknad om etisk godkjenning av prosjektet" " Hvordan opplever pasienter som har hatt akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet?" Fek har noe betenkeligheter iforhold til at det skal være kontakt med pasienter og godkjenner søknaden under forutsetning at det gjennomføres som beskrevet i søknaden, samt godkjenning fra personvernombudet på det aktuelle sykehuset. Det ønskes lagt inn i fronter mappen før prosjektet starter.

Lykke til!


Mvh

Fek

Karakter:

Evaluerings: Godkjent

VEDLEGG 5: Svar på søknad til aktuelt sykehus

 SØRLANDET SYKEHUS		Foretaksnivå	Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet			Side 1 av 3
Dokument ID: 1.1.6.3-6	Godkjent dato: 03.12.2015	Gyldig til: 03.12.2017	Revisjon: 4.05

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til [redacted]
---	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING, MASTEROPPGAVER ELLER ANNET.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving eller artikkelsskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende. I den anledning søker undertegnede om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling.

FYLLES UT AV SØKER

Navn på student/søker	Asal zadeh og Cathrine Røysland Henriksen
Arbeidssted/studie	Master i spesialsykepleie ved Universitetet i Agder
Datainnsamling i forbindelse med:	<input type="checkbox"/> Etterutdanning <input type="checkbox"/> Videreutdanning <input type="checkbox"/> Master x <input type="checkbox"/> Annet (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Informasjon til pasienter med akutt hjerteinfarkt som har fått PCI behandling
Problemformulering	Hvordan opplever pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og som har fått PCI behandling den informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet?
Veileder ved universitetet	Ellen Benestad Moi
E-post	ellen.b.moi@uia.no
Telefon	38141865- 91175942

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Hensikten med datasamlingen er å belyse hvordan pasienter som har hatt et akutt hjerteinfarkt og fått PCI behandling opplever informasjonen de har mottatt under sykehusoppholdet. Forskning viser at pasienter opplever informasjonen som gis på sykehuset for generell og teknisk, på tross av økt fokus på informasjon. Det er derfor interessant å belyse pasienterfaringer i en norsk kontekst. Målet er at resultatet kan bidra til endrende rutiner for å sikre kvaliteten i informasjonen som blir gitt til hjerteinfarktpasienter som har gjennomgått PCI.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Semistrukturert intervju
Populasjon/utvalg	<input type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input checked="" type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker <input checked="" type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Hvor og hvordan skal data lagres?	Skriftlig materiale oppbevares innelåst i et skap. Lydopptak fra intervjuene oppbevares i en kode beskyttet mobiltelefon som kun forskerne har tilgang til og slettes etter de er transkribert.
Hvordan skal	

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland
--	---	--

 SØRLANDET SYKEHUS		Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.1.6.3-6	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 03.12.2015	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 4.05

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	
Ønsket antall respondenter ved SSHF	6-8 deltakere
Tidspunkt/varighet ved SSHF	15.01-2018 til 15.02.2018
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av søknad til REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taushetserklæring SSHF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt SSHF

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Asal Zadeh	E-post asalz16@student.uia.no	Telefon 91917471
--	--------------------	----------------------------------	---------------------

Med hilsen

Dato 24.11.2017

Signatur

Navn student Cathrine Røysland Henriksen

E-post hcachenri@online.no

Telefon 99274816

FYLLES UT AV SSHF

Tillatelse gitt av SSHF

Klinikk:		
Dato: 28/11-17	Enhetsleder/Avdelingsleder: Inger-Maria Nerset	
Telefon: 370 14376	E-post: Inger-marie.nerset@sshf.no	Enhet: Hjerte

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Dato:	Forskningssjef:
-------	-----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningssjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet på e-post til Kåre Smith Heggland, Geir Thor Berge og Vivi Haavik Tønnessen.

VEDLEGG 6: Søkestreng fra 21.01.2018

Search History/Alerts

[View Search History](#) |
 [Retrieve Searches](#) |
 [Retrieve Alerts](#) |
 [Save Searches / Alerts](#)

Select / deselect all
 [Search with AND](#)
 [Search with OR](#)
 [Delete Searches](#)
[Refresh Search Results](#)

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S6	(S1 OR S4) AND (S2 AND S3 AND S5)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (105) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S5	S1 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,978) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S4	heart attack or myocardial infarction	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20140101-20181231; English Language; Journal Subset: Europe; Language: English; Geographic Subset: Europe Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,462) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S3	(experiences or perceptions or attitudes or views) OR satisfaction OR preference OR opinion	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20140101-20181231; English Language; Journal Subset: Europe; Language: English; Geographic Subset: Europe Search modes - Boolean/Phrase	View Results (116,250) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S2	information OR (guidance* OR counseling* OR education* OR communication*)	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20140101-20181231; English Language; Journal Subset: Europe; Language: English; Geographic Subset: Europe Search modes - Boolean/Phrase	View Results (133,110) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S1	percutaneous coronary intervention	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20140101-20181231; English Language; Journal Subset: Europe; Language: English; Geographic Subset: Europe Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,128) View Details Edit

|