

LÄKEMEDELSINFORMATION EFTER HJÄRTINFARKT

Hur upplevs den av patienterna?

MEDICATION INFORMATION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

How is it experienced by the patients?

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2020-06-04

Kurs: Ht15

Författare:

Agneta Nordvall

Handledare:

Caroline Löfvenmark

Matthias Lidin

Examinator:

Anders Rüter

SAMMANFATTNING

År 2018 drabbades cirka 24 800 personer i Sverige av hjärtinfarkt, och cirka 5800 av dem avled. Sekundärprevention kan minska risken för återinsjuknande i hjärtinfarkt. Medicinsk sekundärprevention innebär att med hjälp av läkemedel reducera riskfaktorer såsom högt LDL-kolesterol eller hypertoni. Inom sekundärpreventionen har sjuksköterskor en viktig roll i att utbilda och handleda patienter och närstående på ett personcentrerat sätt.

Syftet var att undersöka patienters upplevelser av information om läkemedel som ordinerats efter hjärtinfarkt, såväl gällande informationens innehåll som hur den förmedlats.

Studiens ansats var induktiv kvalitativ med en deskriptiv design, och baserades på sju intervjuer utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Informanterna hade drabbats av hjärtinfarkt och ordinerats sekundärpreventiva läkemedel. Informanterna hade varit på återbesök hos sjuksköterska på sekundärpreventiv öppenvårdsmottagning (kranskärismottagning). Intervjuerna analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys på manifest nivå.

I resultatet framträdde meningsenheter som sorterades in i tre kategorier; Information under vårdförloppet, Individanpassad information och Struktur vid informationsgivning. Flertalet informanter upplevde bristande läkemedelsinformation under tiden i slutenvården, vilket ledde till osäkerhet kring behandlingen tills återbesök skett. Informanter som erhållit information upplevde en känsla av trygghet och att känna sig införstådda med behandlingen. Majoriteten önskade läkemedelsinformation, som skulle vara tydlig, individanpassad, och påbörjas i slutenvården. Önskemål uttrycktes om att informationen skulle inkludera skälen till vald behandling, effekter och bieffekter, samt förmedlas såväl skriftligt som muntligt och repeteras vid återbesök.

Studien visar att personer som drabbats av hjärtinfarkt önskar, men ofta upplever att de saknar, information och dialog kring sekundärpreventiv läkemedelsbehandling. Informationen bör förmedlas och utföras på ett personcentrerat sätt samt vara samstämmig och tydlig, och vid behov fördjupas vid återbesök.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, läkemedelsbehandling, sekundärprevention, personcentrerad vård.

ABSTRACT

In 2018, circa 24 800 individuals in Sweden suffered a myocardial infarction, circa 5800 fatally so. Secondary prevention can reduce the risk of recurring myocardial infarction. Medical secondary prevention entails reducing risk factors like high LDL-cholesterol or hypertension by means of medication. In secondary prevention, nurses play an important part in educating and counselling patients and relations in a patient-centered manner.

The aim was to examine patients' experiences of information about medication prescribed after myocardial infarction, both regarding information content and how it had been conveyed.

The study approach was inductive qualitative with a descriptive design and based on seven interviews following a semi-structured interview guide. All informants had suffered myocardial infarction and had been prescribed secondary preventive medication. All informants had met with nurses at hospital-based outpatient clinics (Coronary Artery Clinic). The interviews were analyzed according to a qualitative content analysis on a manifest level.

In the results, meaning units appeared and were sorted into three categories; Information during course of medical care, Personalized information and Structure during information. Most informants experienced deficiencies in medication information during inpatient care, generating uncertainty surrounding treatment until revisits had occurred. Informants who had received information experienced a sense of security and understanding of the drug treatment. Most informants wanted information about their drugs, and that the information should be clear, personalized, and start during inpatient care. Requests were expressed that information should include reasons for selected treatment, effects and side effects, be conveyed both in writing and orally, and repeated during revisits.

The study shows that people who have suffered myocardial infarction want, but often lack, information and dialogue concerning secondary prevention medication. The information should be conveyed and carried out in a patient-centered manner and be consistent and clear. The information should be repeated and, if needed, deepened during revisits.

Keywords: Myocardial infarction, drug therapy, secondary prevention, patient-centered care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt.....	1
Uppföljning efter hjärtinfarkt.....	1
Sekundärprevention efter hjärtinfarkt	1
Orsaker till bristande följsamhet till läkemedelsbehandling	4
Personcentrerad vård.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats och design.....	6
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning/Dataanalys	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	10
Information under vårdförloppet	11
Individanpassad information.....	13
Struktur vid informationsgivning	14
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	18
Slutsats.....	19
Klinisk tillämpbarhet	20
Framtida forskning.....	20
REFERENSER	21

Bilaga A - Brev till verksamhetschef och dennes chef

Bilaga B – Informationsbrev till forskningsperson

Bilaga C - Intervjuguide

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

År 2018 drabbades cirka 24 800 personer av hjärtinfarkt i Sverige, och av dessa avled cirka 5800 med akut hjärtinfarkt som huvudsaklig eller bidragande orsak (Socialstyrelsen, 2019). Erlinge (2010) beskriver hjärtinfarkt som en inflammatorisk aterosklerotisk sjukdom i hjärtats kranskärl, där ett aterosklerotiskt plack brustit och den efterföljande trombbildningen akut blockerar kärlets blodflöde helt eller delvis. Blockeringen leder i sin tur till mer eller mindre utbredd celldöd i det område kärlet försörjer med blod, med permanent skada på hjärtmuskeln som följd. Celldöden kan också ge skador på hjärtats nervbanor och orsaka rubbningar i hjärtrytmen, vilket i värsta fall kan leda till hjärtstopp.

Skadan på hjärtmuskeln kan även leda till att hjärtats pumpförmåga blir nedsatt, det vill säga hjärtsvikt, vilket kan leda till livslångt lidande och förtida död (Dahlström, 2010). Det är därför av största vikt att så snabbt som möjligt återställa blodflödet i det drabbade kärlet. Det sker vanligen genom perkutan koronar intervention (PCI), där en ballong förs in i kranskärl och används till att vidga förträngningen och oftast även applicera ett litet rör av tunna metalltrådar, ett så kallat stent, som förhindrar att förträngningen fjädrar tillbaka in i kärlets lumen igen. Andra behandlingsmetoder är trombolys, då patienten får blodförtunnande läkemedel så att tromben löses upp, samt by-pass-kirurgi, då graft av patientens egna kärl används för att leda blodflödet förbi blockeringen (Erlinge, 2010).

Uppföljning efter hjärtinfarkt

Den sjukhusanslutna uppföljningen efter hjärtinfarkt är vanligen utformad baserat på registret SEKundärPrevention efter HIA-vård (SEPHIA). Flera verksamheter väljer att följa upp de flesta patienter på samma sätt efter hjärtinfarkt, oavsett om de ingår i registret eller ej. SEPHIA-registret är ett nationellt kvalitetsregister där 77 procent av alla patienter som haft hjärtinfarkt och är yngre än 75 år registreras (Jernberg, 2018). I detta ingår att patienten följs upp via den aktuella mottagningen i upp till 14 månader efter hjärtinfarkten. En del i uppföljningsrutinen enligt detta register är att samtala med patienten kring läkemedelsbehandlingen. Samtalet innefattar då inte enbart vilka läkemedel som ordinerats, utan även att samtala kring vilka läkemedel patienten faktiskt tar.

Sekundärprevention efter hjärtinfarkt

Sekundärprevention innebär enligt Svensk MeSH förebyggande av återinsjuknande eller förvärring av en existerande sjukdom, eller komplikationer av dess behandling (Secondary Prevention, u.å.). I de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018) beskrivs sekundärprevention som förebyggande insatser efter hjärtinfarkt. I Sverige är sekundärprevention efter hjärtinfarkt utformad utifrån såväl nationella som internationella riktlinjer, och innehåller både icke medicinsk och medicinsk behandling. Svenska Kardiologföreningen (Koul, Hagström & Smith, 2016) listar målvärden vid sekundärprevention efter akut kranskärlssjukdom, både gällande behandlingsmål för riskfaktorer och livsstilsfaktorer. Exempel på behandlingsmål är målvärden för LDL-kolesterol, blodtryck och midjemått. Gällande livsstilsfaktorer listas bland annat mål för fysisk aktivitet, tobak, kost, stress och psykisk ohälsa. Den europeiska kardiologiföreningen (ESC) ger i sina riktlinjer på liknande sätt rekommendationer kring såväl icke medicinsk som medicinsk behandling vid sekundärprevention efter hjärtinfarkt (Piepoli et al., 2016).

Icke-medicinsk sekundärprevention

I de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018) listas personer som drabbats av hjärt- och kärlsjukdom som en grupp med särskilt hög risk för förvärring av grundsjukdomen kopplat till ohälsosamma levnadsvanor. Därför anses det särskilt viktigt att dessa patienter erbjuds stöd i att förbättra sina levnadsvanor, genom rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. Det rådgivande samtalet ska ske i en personcentrerad dialog med patienten. Piepoli et al. (2016) betonar i riktlinjerna från ESC även vikten av ett multidisciplinärt arbetssätt, där läkare, sjuksköterskor, dietister och psykologer samverkar för att stödja patienterna i att anamma en hälsosam livsstil. I dessa riktlinjer anges även att personer med diagnosticerad kranskärlssjukdom har en mycket hög risk för återinsjuknande.

Tobaksrökning är en riskfaktor för att insjukna i hjärtinfarkt, vilket har visats globalt i INTERHEART-studien (Yusuf et al., 2004), där tobaksrökning framkom som den näst starkaste riskfaktorn för hjärtinfarkt, och då främst hos individer under 55 års ålder. På nationell nivå märks detta exempelvis vid jämförelse mellan SWEDEHEART-registret och Folkhälsorapporten. I det förstnämnda framkommer att 28 procent av patienter med hjärtinfarkt som inkluderades i registret var rökare vid insjuknandet, att jämföra med nio procent i hela befolkningen (Jernberg, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2018). Enligt de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018) bör alla rökare som har kranskärlssjukdom erbjudas stöd i att sluta röka, men snus nämns inte i dessa riktlinjer. Socialstyrelsen (2018) anger dock i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor att alla som snusar ska erbjudas hjälp att sluta oavsett hälsosituation. Forskning indikerar att snusande patienter, som aldrig varit rökare, men som slutar snusa efter hjärtinfarkt får en nästan halverad mortalitet (Arefalk et al., 2014).

I en svensk registerstudie fann Norlund, Lissåker, Wallert, Held och Olsson (2018) att tidigare ångest och depression, kvinnligt kön, arbetslöshet, rökning, återinsjuknande och att vara född i ett utomnordiskt land var exempel på faktorer med stark koppling till känslomässigt lidande efter hjärtinfarkt. De menar att medvetenhet om dessa faktorer kan vara av vikt i utformandet av sekundärpreventiva vårdprogram efter hjärtinfarkt. Moser et al. (2011) har beskrivit hur symtom på persisterande ångest var en stark, självständig prediktor för återinsjuknande hos patienter efter att ha drabbats av akut kranskärlssjukdom. Milani och Lavie (2007) konstaterade i sin studie att deprimerade patienter hade signifikant högre mortalitet över en femårsperiod jämfört med icke deprimerade patienter. De kunde dock även visa hur ett strukturerat sekundärpreventivt rehabiliteringsprogram, som innehöll såväl undervisning för patienter och närstående som fysisk träning för patienterna, kraftigt reducerade denna överrisk. Särskilt stark var kopplingen mellan förbättrad fysisk kondition, minskade depressiva symtom och minskad femårsmortalitet. Minskningarna gällde även om den fysiska konditionen förbättrats endast i liten omfattning.

I de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018) rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal om ökad fysisk aktivitet till otillräckligt fysiskt aktiva vuxna med särskilt hög risk. Vid behov kan detta kompletteras med skriftlig ordination på fysisk aktivitet och/eller aktivitetsmätare. Den skriftliga ordinationen på fysisk aktivitet kan ses som en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdpersonal, och ska vara individuellt anpassad utifrån patientens hälsotillstånd och önskemål.

I de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018) rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda fysisk träning inom hjärtrehabilitering till personer med kranskärllsjukdom. I en studie av Ek et al. (2018) undersöktes bland annat hur individers grad av fysisk aktivitet under första året efter en hjärtinfarkt inverkar på ettårsmortaliteten. I studien framkom att individer som varit fysiskt inaktiva före sin hjärtinfarkt, det vill säga ansträngt sig motsvarande rask promenad 30 minuter eller mindre per vecka, men som ökade den fysiska aktiviteten under det efterföljande året, fick en halverad ettårsmortalitet jämfört med individer som var fortsatt fysiskt inaktiva (Ek et al., 2018).

Socialstyrelsen (2018) anger i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor att ohälsosamma matvanor ger kraftigt ökad risk för sjukdom och död. Därför rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder kvalificerat rådgivande samtal om matvanor till vuxna med särskilt hög risk, och som har hälsosamma matvanor. I riktlinjerna från ESC listas vad en hälsosam kosthållning bör innehålla. Bland annat anges att mättade fetter bör bytas ut mot fleromättade, att intaget av frukt och grönsaker bör överstiga 400 gram per dag, samt att kostfiberintaget bör ligga på 30 till 45 gram per dag och helst komma från fullkornsprodukter (Piepoli et al., 2016). Estruch et al. (2006) visade i en studie att medelhavskost med extra olivolja eller nötter, i kombination med kostråd, förbättrade kardiovaskulära riskfaktorer i större utsträckning än lågfettskost efter tre månader. De variabler som förbättrades var plasmaglukos, systoliskt blodtryck och lipidprofil. Guasch-Ferré et al. (2014) undersökte i en studie huruvida personer med hög kardiovaskulär risk kunde minska denna risk genom ett högt intag av olivolja jämfört med lågfettskost, och om det gjorde skillnad ifall olivoljan var kall- eller varmpressad. Uppföljningstiden var i median 4,8 år. Studien visade att den kardiovaskulära risken minskade vid högt intag av olivolja, och den största riskminskningen uppnåddes om oljan var kallpressad. Riskminskningen blev större ju mer kallpressad olivolja som konsumerades. Adamsson (2011) undersökte i en svensk studie huruvida en hälsosam kosthållning baserad på nordiska råvaror under sex veckor kunde ge positiva effekter på lipidprofil och kardiovaskulär risk hos personer med lätt förhöjda kolesterolvärden, jämfört med vanlig västerländsk kost. Den hälsosamma nordiska kosten innehöll exempelvis rikliga mängder rapsolja, fiberrika vegetabilier, fisk, och magra mejeriprodukter, men små mängder mättat fett, salt och tillsatt socker. Resultatet av studien visade att personerna i interventionsgruppen gick ner mer i vikt, och fick förbättrad lipidprofil, insulinkänslighet, och systoliskt blodtryck jämfört med kontrollgruppen (Adamsson, 2011).

Medicinsk sekundärprevention

Efter att personer insjuknat i hjärtinfarkt blir de vanligen ordinerade olika läkemedel i syfte att minska risken för återinsjuknande samt minska eventuell symtombörda av den muskelskada som uppstått efter infarkten. Läkemedelsbehandlingen utformas efter varje patients individuella medicinska behov. Rekommenderade läkemedel är acetylsalicylsyra (ASA) i lågdos för att minska benägenheten för trombocyttaggregation, och statiner för att sänka nivåerna av LDL-kolesterol (Low Density Lipoprotein) och bromsa inlagringen av LDL-partiklar i kärlväggarna. Snabbverkande nitroglycerinpreparat ska förskrivas för att användas vid behov, vid eventuell kvarvarande eller återkommande angina pectoris. Andra rekommenderade läkemedel är betablockerare för att minska risken för reinfarkt och arytmier samt för blodtrycksbehandling, ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare för att motverka eventuella symtom på hjärtsvikt samt för blodtrycksbehandling, samt någon kraftigare trombocyttaggregationshämmare under en viss tid bland annat för att motverka trombos i eventuella stent i kranskärlet (Erlinge, 2010; Piepoli et al., 2016; Stockholms Läns Landsting, 2019).

Finns behov av mer specifik behandling vid exempelvis hjärtsvikt, arytmier eller hypertoni kan ytterligare läkemedel ordineras som tillägg till standardbehandling efter hjärtinfarkt.

Orsaker till bristande följsamhet till läkemedelsbehandling

För att läkemedelsbehandling ska ha effekt krävs dock att patienten verkligen tar den. Rasmussen, Chong och Alter (2007) beskrev tydliga vinster i långtidsöverlevnad hos patienter som efter i snitt två och ett halvt år efter hjärtinfarkt fortfarande tog statiner och/eller betablockerare. Sundström et al. (2017) studerade patienter som behandlats med ASA i minst ett år i primär- eller sekundärpreventivt syfte. De patienter som slutat med behandlingen efter denna tidsperiod, utan att genomgå större kirurgiska ingrepp eller ha drabbats av större blödningar, löpte enligt studien en 37 procent högre risk att drabbas av hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död jämfört med patienter som fortsatt med behandlingen. Jackevicius, Li och Tu (2008) visade i sin studie att de patienter som hämtade ut alla sina ordinerade hjärtläkemedel efter hjärtinfarkt hade lägre ettårsmortalitet än de som hämtade ut vissa eller inga av sina läkemedel.

Maningat, Gordon och Breslow (2012) konstaterade i sin studie att ungefär hälften av de som ordinerats statiner hade slutat ta läkemedlet efter ett år, och att ännu flera slutade över längre tid. I analysen av orsaker till detta framkom bland annat att patienter med bristande kunskap om sin sjukdom, som upplevt biverkningar, hade låg tillit till behandlingens effektivitet, eller de som hade psykiatriska problem i större utsträckning avslutade behandlingen. Studien visade även att brister i kvaliteten på den information patienter erhållit från vården påverkade graden av följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling, såsom att ordinerande läkare inte förklarat vinsterna av behandlingen, att läkaren inte haft tid att undervisa patienten om sjukdomen och dess konsekvenser, eller att olika läkare givit motstridiga besked om hur viktig behandlingen var (Maningat, Gordon & Breslow, 2012). Pettersen et al. (2018) nådde liknande resultat i sin studie, där patienter som för första gången genomgått PCI intervjuades gällande upplevda hinder för följsamhet till den läkemedelsbehandling som ordinerats efter ingreppet. I studien framkom att patienterna upplevde att bristande information om sjukdomens allvarlighetsgrad, vikten av att ta läkemedel och potentiella risker med att inte göra det, att frågor om eventuella biverkningar inte bemöttes, samt att läkarna upplevdes som stressade under ronder och vid utskrivningssamtal var exempel på faktorer som utgjorde hinder för patienternas följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling. Därtill upplevde patienterna att den läkemedelsinformation som gavs var otillräcklig och svår att ta till sig, särskilt då patienterna själva befann sig i ett känslomässigt kaos där de upplevde sig överväldigade av hjärthändelsen som sådan (Pettersen et al., 2018).

Fung et al. (2010) studerade varför vissa patienter som ordinerats statiner på grund av höga kolesterolvärden gjort uppehåll i, eller avslutat, behandlingen. I studien framkom oro för, eller upplevelser av, negativa biverkningar som den största orsaken till uppehåll i eller avslutande av behandling. Dessutom var flera patienter osäkra på om de behövde läkemedlet om de gjort livsstilsförändringar. Manifest depression eller typ D-personlighet kan vara en annan bidragande orsak till bristande följsamhet till läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt (Gehi, Haas, Pipkin & Whooley, 2005; Williams, O'Connor, Grubb & O'Carroll, 2011). Personlighetstyp D innebär bland annat att individen kontinuerligt upplever ett brett spektrum av negativa känslor, och även tenderar att tona ner sin personlighet i sociala sammanhang (Grande, Romppel & Barth, 2012).

Problemet med att patienter av olika skäl inte tar läkemedel enligt ordination är inte specifikt för hjärtsjukvården, vilket en studie av O'Carroll et al. (2011) beskriver. I studien framkom att patienter drabbade av stroke i lägre grad följde den ordinerade sekundärpreventiva läkemedelsbehandlingen om de tyckte de hade för många läkemedel, inte upplevde någon symtomlindring, eller inte förstod behandlingens syfte och effekter (O'Carroll et al., 2011).

Personcentrerad vård

Den amerikanska fakulteten Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) definierade år 2007 sex kärnkompetenser för sjuksköterskor, varav patientcentrerad vård var den första (Cronenwett et al., 2007). Svensk Sjuksköterskeförening valde år 2010 att byta patientcentrerad vård mot personcentrerad vård som en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Skälet var att stimulera till ett förhållningssätt där patienten ses som mer än sin sjukdom och/eller skada, med en öppenhet för hans individuella resurser och upplevelse av sin situation (Jacobsson, Palm, Willman & Torpenberg, 2010). Personcentrerad vård beskrivs av Ekman och Norberg (2013) som att människor i grunden är, och därför ska bemötas som, självständiga individer med ett eget värde. I en vårdssituation ses patienten som en aktiv partner i vården, där hans resurser, tankar och önskemål blir en naturlig del i vårdens planering och genomförande. Även eventuella närstående inkluderas i denna process om patienten så önskar. Ett sådant teamarbete mellan professionella vårdare och patient och eventuella närstående brukar beskrivas som att ett partnerskap skapas (Ekman & Norberg, 2013). Edvardsson (2010) menar att personcentrerad vård som begrepp kan användas för att påvisa vikten av att professionella vårdare lyssnar in och tar till sig patientens egna tankar, tolkningar och upplevelser av hur ohälsa påverkar hans liv. Med detta livsvärldsperspektiv i åtanke kan sedan vården utformas för att ge bästa möjliga biomedicinska resultat, och samtidigt ta tillvara den drabbades egna förutsättningar, önskemål och resurser.

Sjuksköterskans undervisande roll

Hälsokompetens, även kallat hälsolitteracitet, beskrivs i Svensk MeSH som ”Individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor” (Health Literacy, u.å.). Patienters grad av hälsokompetens kan påverka deras självskattade fysiska hälsorelaterade livskvalitet, vilket visats av Gonzáles-Chica et al. (2016). I sin studie gällande patienter med ischemisk hjärtsjukdom fann de att den självskattade fysiska hälsorelaterade livskvaliteten skattades lägre hos de med låg hälsokompetens, och att detta var vanligare hos de äldsta patienterna, de socioekonomiskt utsatta, och de som samtidigt hade annan kardiovaskulär sjukdom. Aboumatar, Carson, Beach, Roter och Cooper (2013) undersökte i sin studie huruvida hälsokompetens påverkade kommunikationen vid vårdkontakter, samt patienters önskemål om och upplevelse av delaktighet i medicinska beslut. Patienterna hade alla hypertoni och träffade därför läkare regelbundet. I studien framkom att patienter och läkare samtalande lika mycket vid besöket oavsett patienternas grad av hälsokompetens, men patienter med låg hälsokompetens ställde färre hälsorelaterade frågor än de med högre hälsokompetens. Patienter med låg hälsokompetens hade samma önskemål om att vara delaktiga i medicinska beslut som de med högre hälsokompetens, men upplevde i lägre grad verklig delaktighet. Dock visade Eckman et al. (2012) att patienter, oavsett grad av hälsokompetens, med kranskärslsjukdom drog lika mycket nytta av ett riktat patientutbildningsprogram.

I Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2017) står att sjuksköterskan ska kunna utbilda och handleda patienter och närstående, i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa. Utbildning och handledning kan alltså anses vara en del av sjuksköterskans yrkesroll. Det har visat sig att sjuksköterskors undervisande och handledande insatser kan ha stora effekter inom sekundärprevention efter hjärtinfarkt, men även primärpreventivt för individer med hög risk att drabbas av kardiovaskulär sjukdom. Exempelvis har Wood et al. (2008), Jorstad et al. (2013) och Connolly et al. (2017) visat att sjuksköterskeledd såväl primär- som sekundärprevention givit signifikant förbättring av bland annat följsamhet till läkemedelsbehandling, kardiovaskulära riskfaktorer och patienters egenupplevda hälsa, samtidigt som risken för förstagångs- eller återinsjuknande och kardiovaskulär död minskade. Riegel et al. (2017) menar att sannolikheten att patienter är följsamma till ordinerad läkemedelsbehandling är störst när patienterna är välinformerade om sina läkemedel, inklusive potentiella biverkningar och interaktioner, och införstådda med när vården bör kontaktas för diskussion kring behandlingen. Dock menar de att det i nuläget inte tycks finnas någon enskild tydligt effektiv metod för att uppnå detta (Riegel et al., 2017).

Problemformulering

Forskning visar att både medicinsk- och icke medicinsk sekundärpreventiv behandling efter genomgången hjärtinfarkt kan påverka överlevnaden positivt och minska risken för återinsjuknande och kardiovaskulär död. Ändå uppvisar vissa patienter bristande följsamhet till den sekundärpreventiva läkemedelsbehandling de ordinerats efter hjärtinfarkt. Bristande följsamhet till läkemedelsbehandling kan framkomma vid återbesök, telefonkontakt med patienter, eller om patienten drabbas av återinsjuknande i akut hjärtinfarkt och även leda till att patienter riskerar att få försämrad hälsa och livskvalitet.

Det finns få studier där det undersökts hur patienter upplevt den information de fått om sin läkemedelsbehandling efter en hjärtinfarkt, vilket kan leda till bristande kunskap om hur läkemedelsinformation tas emot av patienter, och därmed bristande kvalitet på den information som ges av läkare och sjuksköterskor inom sjukvården. Ökad kunskap kring patienters upplevelse av läkemedelsinformation efter hjärtinfarkt skulle kunna vara till nytta för både patienter och personal. Det är viktigt att sjuksköterskor har denna kunskap så att de på ett personcentrerat sätt kan stödja patienterna i att följa läkemedelsordinationen.

SYFTE

Syftet var att undersöka vuxna patienters upplevelse av information om läkemedel som ordinerats efter genomgången hjärtinfarkt, såväl gällande informationens innehåll som hur den förmedlats.

METOD

Ansats och design

Studien hade en induktiv kvalitativ ansats.

Designen var deskriptiv och baserades på intervjuer. Induktiv ansats beskrivs av Polit och Beck (2016) som att forskaren utgår från enskilda observationer för att försöka finna samband som är generellt applicerbara. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) innebär den induktiva ansatsen att texter, exempelvis baserade på människors berättelser, analyseras förutsättningslöst. Polit och Beck (2016) beskriver att kvalitativ metod är lämplig när fenomen och upplevelser ska analyseras och beskrivas utifrån djupgående beskrivningar av individers egna erfarenheter, exempelvis utifrån intervjuer eller observationer (Polit & Beck, 2016). Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att den kvalitativa forskningsintervjun söker efter kunskap uttryckt i vardaglig text eller tal, och syftar inte till att fastställa mängden av ett fenomenets förekomst. Deskriptiv design används i de fall forskaren vill beskriva en population avseende olika variabler (Polit & Beck, 2016). Polit och Beck (2016) beskriver att deskriptiva studier är av värde för att studera förekomst av, och uttryck för, hälsorelaterade beteenden. Kvale och Brinkmann (2009) menar att den deskriptiva forskningsintervjun primärt fokuserar på att få fram så nyanserade och exakta beskrivningar som möjligt, för att återspegla den kvalitativa mångfalden i hur ett fenomen upplevs och uppfattas av informanterna.

Urval

Urvalet skedde utifrån ett strategiskt urval på två öppenvårdsmottagningar inom samma sjukhusorganisation, i en storstadsregion i Sverige, som bedriver sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Strategiskt urval innebär att informanter rekryteras utifrån att de har erfarenhet av och kan beskriva det fenomen som ska studeras (Polit & Beck, 2016). Cirka åtta informanter planerades att intervjuas, och om tillräckligt antal informanter inte kunde rekryteras från en mottagning fanns möjlighet att rekrytera fler via en likvärdig mottagning inom samma organisation men i en annan del av regionen. Antalet intervjuer valdes för att materialet skulle bli hanterbart under avsatt tid, och enligt Sophiahemmets studieguide kunde detta antal räcka beroende på hur innehållsrika data som samlas in under intervjuerna. Slutligen rekryterades totalt sju informanter, varav tre från den ena mottagningen och fyra från den andra. Sju informanter ansågs tillräckligt, då informationsmättnad ansågs ha uppnåtts.

Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara vuxna, över 18 år, män och kvinnor som haft hjärtinfarkt de senaste fyra månaderna och ha ordinerats läkemedel i sekundärpreventivt syfte. Tidsramen fyra månader baserades på att informanterna då hunnit komma på återbesök till såväl sjuksköterska som läkare på den typ av hjärtmottagning som angivits ovan. Samtidigt fanns möjligheten att informanterna fortfarande mindes den läkemedelsinformation de fick under vårdtillfället inom slutenvården i samband med hjärtinfarkten. Informanterna skulle ha en pågående eller just avslutad uppföljning på en hjärtmottagning. Att uppföljningen kunde vara just avslutad var för att informanter skulle kunna inkluderas i samband med ett avslutande möte på mottagningen.

Exklusionskriterier var om de potentiella informanterna inte kunde förstå, tala eller läsa svenska. Språkkravet sattes för att säkerställa att informanterna skulle kunna tillgodogöra sig informationen och ge ett informerat samtycke till att delta i studien, förstå vad som sades i intervjuerna, samt för att möjliggöra analys av intervjuerna. Av etiska skäl inkluderades inga informanter där tidigare relationer mellan intervjuare och informant förelåg. Därför rekryterades informanterna inte av intervjuaren själv, utan av andra sjuksköterskor på de aktuella mottagningarna.

Datainsamling

Rekrytering av informanter skedde först efter att verksamhetschef samt dennes chef givit sitt skriftliga godkännande via ett informationsbrev som beskrev studiens bakgrund, syfte och genomförande (bilaga A). Därefter hölls ett informationsmöte med de sjuksköterskor som arbetar med sekundärprevention efter hjärtinfarkt på ovan nämnda mottagningar. De kunde då ställa frågor, och fick även muntlig och skriftlig information om studien, urvalet och rekryteringen.

Dessa sjuksköterskor informerade därefter lämpliga patienter om studien, frågade om de skulle vara villiga att delta, och överlämnade skriftligt informationsmaterial samt samtyckesformulär till de som kunde tänka sig att delta (bilaga B). Informanterna godkände att bli kontaktade, och sjuksköterskorna skickade in informantens namn och kontaktuppgifter. Därefter kontaktades informanterna och en tid och plats för respektive intervju överenskoms gemensamt. Kontaktuppgifter till rekryterande sjuksköterska sparades för att vid behov kunna lämna till informanten, om informanten skulle uppleva något behov som krävde tillgång till patientjournalen. Exempel på ett sådant tillfälle skulle kunnat vara behov av remiss till kurator.

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer, då studien undersökte patienters upplevelser kring given information gällande läkemedelsbehandlingen. Polit och Beck (2016) rekommenderar just intervjuer för att samla in informanternas egna berättelser kring det som ska undersökas. Den semistrukturerade intervjuformen ger informanterna möjlighet att tala fritt utifrån valda ämnen, vilket ger en större chans att få uttömmande svar, och därmed att forskaren får den information hen behöver. Kvale och Brinkmann (2009) menar att kunskaper i ämnet för den kvalitativa intervjun krävs av intervjuaren, särskilt för att kunna ställa följdfrågor till informanten. En intervjuguide (bilaga C) innehållande inledningsfrågor och stödord utarbetades för att få med alla frågor och även ge möjlighet till ett fördjupat samtal.

En pilotintervju gjordes för att testa intervjuguidens (bilaga C) frågor, i syfte att se om den svarade mot studiens syfte. Denna intervju ansågs uppfylla detta krav, och inkluderades därför i den slutgiltiga studien. Enligt Polit och Beck (2016) är pilotintervjuer ett lämpligt sätt att upptäcka eventuella svagheter i en intervjuguide, och ger då möjlighet att justera denna vid behov.

Samtliga intervjuer genomfördes under februari och mars 2019. En intervju genomfördes via telefon, och en i informantens hemmiljö. De övriga fem intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum på det aktuella sjukhuset. Polit och Beck (2016) menar att en ostörd intervju miljö är en förutsättning för att informanter ska kunna delge sina erfarenheter utan risk att bli avbrutna. Innan själva intervjuerna startade, fick informanten en muntlig repetition av studiens syfte och frågeställning, och det skriftliga samtycket till deltagande samlades in. I det fall där intervjun genomfördes via telefon, hade det signerade samtyckesformuläret skickats in via post i ett förfrankerat kuvert. Intervjuerna spelades in med hjälp av en digital diktafon som förvarades i ett låst skåp övrig tid, och ljudfilerna raderades när studien godkännts vid examination. Intervjuerna varade mellan sju och 36,5 minuter, med en mediantid på 19 minuter.

Databearbetning/Dataanalys

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom flera gånger och transkriberades ordagrant, inklusive uttryck, talspråk och pauser för att inte riskera att viktig information föll bort ur materialet. Transkribering skedde inom tre dagar från respektive intervju. Därefter lästes materialet igenom flera gånger för att skapa en helhetsbild av i enighet med Polit och Beck (2016).

Därefter bearbetades/analyserades materialet genom kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Det innebär att intervjuerna lyssnades igenom flera gånger för att hitta gemensamma nämnare som kunde samlas under kategorier och underkategorier. Manifest ansats innebär att på ett systematiskt sätt analysera den transkriberade textens innehåll utifrån vad som faktiskt sagts i intervjuerna, och söka efter skillnader och likheter i textens innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2016).

Materialet genomsöktes efter meningsbärande enheter, det vill säga meningar, ord eller stycken av text som svarar mot studiens syfte, och som sedan låg till grund för att kunna organisera materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). I nästa steg kondenserades de identifierade meningsbärande enheterna, vilket innebar att texten i enheterna kortades ner men att kärnbudskapet behölls, och därefter sorterades dessa utefter likheter och skillnader i innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Då studien genomfördes som ett ensamarbete läste även handledarna igenom de meningsbärande och de kondenserade meningsenheterna för att försäkra sig om att ingen relevant information fallit bort. De kondenserade meningsenheterna sorterades sedan in under koder, och därefter under nio underkategorier. Dessa nio underkategorier sorterades därefter in under tre kategorier; Information under vårdförloppet, Individanpassad information och Struktur vid informationsgivning (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under-kategori	Kategori
Men jag fick ju [under vårdtillfället] såna där blodförtunnande och så, vad jag vet, va. Men jag vet inte vad jag fick liksom. För det, det sa dom aldrig.	Vet inte vad jag fick, för det sade dom aldrig.	Dom sade aldrig vad jag fick.	Bristande information under vårdtillfället.	Information under vårdförloppet
För det är ju inte kul att liksom äta en massa tabletter som jag... "Vad är..., vad äter jag dom här för"?	Inte kul att känna "Vad äter jag dom här för?".	Vill veta.	Vill ha information.	Individanpassad information
... Han [läkaren] kändes lite... stressad [vid utskrivningssamtalet], kan jag tycka.	Läkaren kändes stressad vid utskrivningssamtalet.	Stressad läkare.	Tid för information.	Struktur vid informations-givning

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Frågor kring upplevelser av given läkemedelsinformation kan vara känsliga och upplevas ifrågasättande. Det var därför mycket viktigt att informationsmaterialet (bilaga B) till potentiella informanter, och frågorna i intervjuguiden (bilaga C), formulerades på ett sådant sätt att informanten inte kände sig ifrågasatt utifrån sin upplevelse av hur läkemedelsinformationen förmedlats. Vid behov kunde informanterna, genom remiss från rekryterande sjuksköterska, erbjudas samtalsstöd från kurator efter genomförd intervju. Ett godkännande från Sophiahemmet Högskolas forskningsetiska råd (diarienummer 20171207/1821) inhämtades innan datainsamlingens start. Skriftligt godkännande erhöles från verksamhetschef och dennes chef (bilaga A). På den aktuella enheten arbetar sjuksköterskorna endast med egen mottagning, och följer upp sina egna patienter. Trots detta bedömdes att en liten risk för en tidigare vårdrelation till informanten fanns, varför de rekryterande sjuksköterskorna kontrollerade i patientens journal att ingen sådan relation fanns. På grund av förändrade rutiner för godkännande av forskning och studier inom den aktuella sjukhusorganisationen, har skriftligt godkännande inhämtats från både verksamhetschef samt dennes chef. Informanterna fick i informationsmaterialet (bilaga B) information som uppfyller Vetenskapsrådets (2018) krav på forskningsetiska principer gällande samtyckeskrav, informationskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Det innebär att informanterna informerades om att deltagande var helt frivilligt, inte skulle komma att påverka informantens vård, att informanten när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange någon anledning, samt att insamlat material endast skulle komma att användas till denna studie. I enighet med Helsingforsdeklarationen inhämtades skriftligt samtycke från informanten inför varje intervju. I informationsmaterialet till informanterna framkom studiens syfte, metod, förväntad nytta av studien, hur insamlade data kommer att användas, samt vad som önskas av informanterna. Det som framkom vid intervjuerna var konfidentiellt, hanterades med sekretess, avidentifierades, och vem som intervjuats kunde inte utläsas ur det färdiga arbetet. Studieförfattaren hade inte tillgång till informanternas medicinska journal eller deras personnummer. Det inspelade intervjumaterialet användes endast till denna studie, samt hanterades endast av studiens författare och dennes handledare och raderades efter studiens avslutande (World Medical Association, 2013).

Förförståelsen i ämnet kommer av 16 års arbete som sjuksköterska på sjukhusansluten öppenvårdsmottagning med inriktning mot sekundärprevention efter hjärtinfarkt, och dessförinnan 11 års arbete som sjuksköterska inom slutenvård för patienter med hjärtsjukdom. Ytterligare förförståelse kommer från pågående arbete i arbetsgruppen för SEPHIA, det nationella kvalitetsregistret för sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Polit och Beck (2016) beskriver att ett sätt att minska risken för att forskares förförståelse påverkar analysen är att flera forskare granskar det insamlade materialet. Då studien genomfördes som ett ensamarbete var det av stor vikt att försöka bortse från den egna förförståelsen i tolkningen av det insamlade intervjumaterialet för att få en så sann bild av innehållet som möjligt.

RESULTAT

Sju intervjuer genomfördes. Av dessa informanter var sex personer män och en kvinna. Deltagarna var 50 – 77 år gamla.

Samtliga hade drabbats av hjärtinfarkt de senaste fyra månaderna, och samtliga hade varit på minst ett återbesök hos sjuksköterska på sjukhusansluten öppenvårdsmottagning med inriktning ischemisk hjärtsjukdom (så kallad kranskärlsmottagning). Två av informanterna hade även varit på återbesök hos läkare vid samma mottagningsenhet, och några hade påbörjat sjukhusansluten gruppträning under ledning av sjukgymnast/fysioterapeut. Den initiala tidsramen för inkludering av informanter var två månader, men fick utökas till tre månader efter muntlig överenskommelse med berörda chefer. Resultatet presenteras i tre kategorier som baserar sig på totalt nio underkategorier (tabell 2).

Tabell 2. Underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Bristande information under vårdtillfället. Fått information under vårdtillfället. Huvudsaklig information gavs efter vårdtillfället.	Information under vårdförloppet
Vill ha information. Mottaglighet för information.	Individanpassad information
Tid för information. Informationens utformning. Närstående med vid informationen.	Struktur vid informationsgivning

Information under vårdförloppet

Bristande information under vårdtillfället.

Majoriteten av informanterna beskrev brister i den läkemedelsinformation som givits under vårdtillfället i slutenvården, en av dem beskrev att hen inte fått någon sådan information alls. Vissa av informanterna hade ställt frågor om sina läkemedel under vårdtiden, men då upplevt att de fick kortfattade och/eller ottydliga svar. När informationen upplevdes som bristande ledde det till otrygghet i och osäkerhet kring läkemedelsbehandlingen. Otryggheten och osäkerheten ledde i sin tur till att en informant inte vågade använda snabbverkande nitroglycerinpreparat vid bröstsmärta. En annan informant sökte akutmottagning på grund av en välkänd och ofarlig biverkan av ett preparat, då hen inte fått information om att sådan kunde uppstå.

”Det var ingenting alls sånt på hela tiden. Dom [vårdpersonalen] kom in med någon medicin då, dom talade inte om vad det var och jag fick... Ja, det var väldigt... konstigt.” (informant 3)

”Jag frågade också sjuksköterskan på [vårdavdelningen] där på kvällen var det var för mediciner jag fick. ’ Ja den är bra för hjärtat ’ sa hon bara, ’den skyddar hjärtat’.” (informant 6)

Fått information under vårdtillfället.

Tre av informanterna upplevde att de fått information om sina läkemedel under vårdtillfället i slutenvården. I dessa fall hade informationen förmedlats främst av läkare och sjuksköterskor, och i ett fall även av en fysioterapeut.

Att få information var uppskattat från informanternas sida, eftersom de då upplevde att de visste vilka läkemedel som ordinerats och varför. Att ha erhållit information gav informanten en känsla av trygghet och bidrog till att informanten upplevde sig införstådd gällande läkemedelsbehandlingen.

”Jag menar, informationen jag fick uppe på avdelningen var ju bra tycker jag liksom. Vad varje tablett till för och sådär. Det var inte bara att jag fick en massa tabletter och det här skall du äta utan man förklarade vad... varför och vad de var till för. Och sedan likadant hos [sjuksköterskan på mottagningen], så tycker jag det var bra information.” (informant 2)

Samma tre informanter beskrev att de, under vårdtillfället i slutenvården och i samband med utskrivning från sjukhuset, fått den läkemedelsinformation de behövde just då. De beskrev framför allt att de då fått veta vissa av punkterna som nämnts ovan, det vill säga varför de ordinerats just dessa läkemedel och hur de skulle användas. Därtill ansågs informationen vid dessa tillfällen vara på en rimlig nivå. En informant beskrev att hen inte upplevt informationen som så viktig just under vårdtillfället i slutenvården, eftersom hen litade på att vårdgivarna visste vilka läkemedel som var bäst lämpade i just hens fall. Att få instruktioner kring hur snabbverkande nitroglycerinpreparat skulle användas, samt att få testa preparatet under vårdtillfället, upplevdes som positivt och ledde till trygghet i att kunna använda läkemedlet vid behov.

”Jo, då jag tyckte att jag fick den informationen som jag kände att jag behövde just då när jag låg där. Och... och även då att jag fick testa nitroglycerinen innan... innan jag lämnade avdelningen.” (informant 7)

Känslan av att vårdpersonalen som förmedlade informationen förklarade och brydde sig om att informanten skulle förstå, påtalades som viktig av en informant. Att vårdpersonalen antog ett sådant förhållningssätt gav informanten en upplevelse av att vårdpersonalen brydde sig om informantens välbefinnande.

”Jag tyckte bara om hennes [läkarens] attityd, och just det här att hon... hon förklarade, liksom. Och just att hon kom med den här listan, för den tycker jag var så bra. En hel lista, liksom, där det står alla mediciner som jag har.” (informant 2)

Huvudsaklig information gavs efter vårdtillfället.

Majoriteten av informanterna beskrev att de upplevde att de främst hade fått information om sina ordinerade läkemedel i samband med återbesök, och då framför allt hos sjuksköterska på kranskärismottagning. En informant beskrev att hen inte alls visste vilka mediciner som ordinerats eller varför förrän efter läkemedelsinformation vid samtal med sjuksköterska på kranskärismottagningen. Flera av informanterna beskrev också att det var vid besöket på kranskärismottagningen information gavs kring eventuella biverkningar, behandlingstid och huruvida tidigare vid-behovs-läkemedel kunde kombineras med de preparat som förskrivits i samband med hjärtinfarkten. Även bland de informanter som beskrev att de fått läkemedelsinformation under vårdtillfället i slutenvården, var det flera som upplevde att det var i samband med återbesök som fördjupad och mer ingående information förmedlades.

” Ja, då [under vårdtillfället] tyckte jag inte att jag fick så bra information. Jag... vi..., ja visserligen så berättade de ju att det var blodförtunnande och, och så vidare, utan den mera genomgående informationen fick jag utav sköterskan efteråt. ... tre veckor efteråt, hit till [sjukhusets namn] där hon gick igenom alla mediciner och vad dom var till för, ja. ” (informant 1)

En informant beskrev att hen fått läkemedelsinformation först från farmaceut på apotek när de nya läkemedlen skulle hämtas ut i samband med hemgång från sjukhuset, och att hen då exempelvis fått information om hur hen skulle använda snabbverkande nitroglycerinpreparat vid behov. Informanten fick då även information kring huruvida tidigare ordinerade vid-behovs-preparat kunde användas i kombination med de läkemedel som ordinerats på grund av hjärtinfarkten.

” Ja då [på apoteket] fick jag också lite information om Nitro och så där. Hur man skulle ta den då. ” (informant 6)

Individanpassad information

Vill ha information.

Majoriteten av informanterna upplevde att de ville ha information om sina läkemedel, och då med start under vårdtillfället i slutenvården. De ville veta vilka läkemedel de ordinerats och varför, vilka biverkningar som var vanliga, ifall dessa biverkningar var farliga eller ej, liksom huruvida de nya läkemedlen interagerade med sedan tidigare ordinerade preparat som användes kontinuerligt eller vid behov. Informanterna efterfrågade även information kring hur exempelvis snabbverkande nitroglycerinpreparat skulle användas, och en informant hade önskat information om de ordinerade läkemedlen påverkade förmågan att köra bil. Flera av de informanter som upplevt brister i läkemedelsinformationen under vårdtillfället i slutenvården, beskrev att det var för lång tid att vänta två till tre veckor för att få informationen i samband med återbesök hos sjuksköterska på kranskärismottagning.

” Man vill ju veta varför, så att säga, man får dom här tablettorna och vad dom är till för. ” (informant 1)

” Men jag vill ju gärna också veta, i och med man är ovan vid tabletter, vad det är för biverkningar. ” (informant 3)

Mottaglighet för information.

Flera informanter beskrev svårigheter att ta in information i den ovana situationen det innebar att befinna sig på sjukhus och/eller att ha drabbats av sjukdom. Oro beskrevs som ett hinder för att ta till sig information, medan samlad information, tydlighet, och att anpassa hur informationen förmedlades utifrån mottagarens aktuella situation beskrevs som metoder som underlättade för mottagaren att ta till sig informationen. En informant beskrev att hen haft svårt att ta in information kring läkemedel eftersom det handlade om flera olika nyinsatta preparat, och att hen därtill sedan tidigare hade flera läkemedel på grund av andra åkommor att hålla reda på.

”Folk är olika. Så det är ju den samlade informationen, det bör den ju vara också, men det är inte så himla lätt med information heller. Det är svårt, för den som ska ta emot informationen måste ju också vara i en situation där det går att ta emot ny information. ” (informant 6)

Struktur vid informationsgivning

Tid för information.

Några av informanterna beskrev upplevelse av att läkemedelsinformationens kvalitet påverkades av huruvida vårdpersonalen gav intryck av att ha tid att ge sagda information eller ej. Informanterna beskrev det som negativt när vårdpersonalen gav intryck av tidsbrist. En informant beskrev upplevelsen av att det gick fort på ronderna, och upplevde då att det inte gavs tid eller möjlighet att ställa frågor kring exempelvis läkemedelsbehandlingen. Flera informanter upplevde utskrivningssamtalen med läkare i samband med hemgång från sjukhuset som kortfattade och utan tidsmässigt utrymme för egentlig dialog kring ordinerad läkemedelsbehandling.

”Ja, det [utskrivningssamtalet] var kort, för vi satt ute i där patienterna har fikarum, om man säger. ... Så han [läkaren] kom ut dit, och han satte sig inte ner, utan han stod upp. ... Han verkade stressad.” (informant 4)

På liknande sätt var upplevelsen positiv när vårdpersonalen upplevdes ha tid att förmedla information om ordinerad läkemedelsbehandling. I dessa fall beskrev informanterna att de kände sig tillfreds med den information de erhölet, och att de beretts tid och möjlighet att ställa frågor kring behandlingen.

”Ja, det var jättebra. Det var väldigt bra för, för de hade ju... [sjuksköterskan på mottagningen] hade ju avsatt tid också så att det var ju väldigt bra.” (informant 6)

Informationens utformning.

Majoriteten av informanterna påtalade vikten av att få läkemedelsinformation i flera olika former. Att få ett skriftligt material, exempelvis en läkemedelslista med förtydliganden kring varje preparat eller ett utförligt utskrivningsmeddelande, beskrevs vara särskilt viktigt. Ett ofta påtalat skäl till detta var att det kunde vara svårt att minnas den muntliga informationen, medan den skriftliga fysiskt fanns tillgänglig och kunde användas som stöd för minnet.

”Alltså det var inte bara att hon hade skrivit vad för mediciner, utan det stod precis vad varje medicin var till för.” (informant 2)

”Det är jätteviktigt att man kan gå tillbaka och titta.” (informant 4)

Att informationen även gavs muntligt, och att den repeterades exempelvis i samband med mottagningsbesök, beskrevs som ytterligare hjälp för mottagaren att förstå och ta den till sig. Några informanter beskrev att samstämmig och upprepad information från flera olika yrkeskategorier av vårdpersonal, exempelvis läkare, sjuksköterska och/eller fysioterapeut, förstärkte informantens kunskap kring ordinerad läkemedelsbehandling.

”Han [läkaren] berättade... alla tabletter, fem, varför jag tog dom och 'den kommer att vara jätteviktig för dig'. Och det förstod jag ju sen lite mer när jag fick läsa det.” (informant 3)

”Och likaså att vid uppföljning, att dom repeterar [informationen].” (informant 4)

Närstående med vid informationen.

Några av informanterna påtalade att de upplevt det som positivt att ha en närstående med sig vid läkemedelsinformation och/eller vid utskrivningssamtalet, för att de skulle vara två som fått samma information. Dessutom kunde närstående då ställa frågor kring läkemedelsbehandlingen, som informanten kanske själv inte tänkt på just vid det aktuella tillfället. Att närståendes deltagande var möjligt uppfattades inte som självklart av informanterna under vårdtillfället, så en av dem hade aktivt efterfrågat detta.

”En sak som min fru faktiskt kom på, det var i och med att jag började äta blodförtunnande, liksom, och... Om jag får ont i huvudet till exempel, vilken typ av värktablett ska jag äta? Kan jag äta Ipren eller skall jag...? Men det var inte alls bra, visade det sig. Den informationen fick vi ju liksom av [sjuksköterskan på mottagningen] på min frus fråga.” (informant 7)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Information under vårdförloppet

Majoriteten av informanterna i denna studie upplevde att den läkemedelsinformation de fått i samband med vårdtillfället i slutenvården var bristfällig, i något fall obefintlig. Sådana brister riskerar leda till osäkerhet och missförstånd kring ordinerad läkemedelsbehandling, och kan till och med leda till att viss behandling underutnyttjas eller avstås. Bilden som framträder i denna studie överensstämmer med egna och andras erfarenheter från arbete inom sekundärpreventiv hjärtsjukvård, liksom med tidigare forskning som visar på vikten av tidig, och tydlig, läkemedelsinformation. Att exempelvis en informant i denna studie på grund av bristande information inte vågade använda snabbverkande nitroglycerinpreparat vid bröstsmärta, överensstämmer med en studie av Maningat et al. (2012) som visade att patienters följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling påverkades av vilken kunskap de hade om sin sjukdom och dess behandling. Liknande resultat framkom i en studie av Pettersen et al. (2018), där patienter upplevde att otillräcklig, i vissa fall obefintlig, information om vikten av att följa den ordinerade läkemedelsbehandlingen och potentiella konsekvenser av att inte göra det, utgjorde hinder för följsamhet till behandlingen. Om bristande information leder till bristande följsamhet till läkemedelsbehandling, kan det i sin tur leda till att patienter återinsjuknar och eventuellt avlider, som visats av Sundström et al. (2017).

Tre av informanterna i denna studie beskrev att de, under vårdtiden i slutenvård eller i samband med utskrivningssamtalet, fått den information de upplevde sig behöva just då. Att som vårdpersonal vara öppen för och respektera den enskilda patientens informationsbehov ligger i linje med att anta ett personcentrerat förhållningssätt, beskrivet av Ekman och Norberg (2013). De informanter som fått information kring sina förskrivna läkemedel från sjuksköterskor eller läkare under tiden i slutenvården uppskattade detta, eftersom de då upplevde sig införstådda med vilka läkemedel de ordinerats och varför, samt hur läkemedlen skulle användas. Som O’Carroll et al. (2011) och Maningat et al. (2012), och Pettersen et al. (2018) påvisat i sina studier är patientens kunskaper om behandlingen och dess vinster för patientens hälsa viktiga för att uppnå en god följsamhet till läkemedelsbehandling.

Då en god följsamhet till läkemedelsbehandlingen kan ha stor inverkan på patienters fortsatta kardiovaskulära hälsa, visat av Rasmussen et al. (2007), Sundström et al. (2017) och Jackevicius et al. (2008), behöver vården således säkerställa att läkemedelsinformationen är personcentrerad och av god kvalitet.

Majoriteten av informanterna i denna studie påtalade att den önskade informationen främst erhöles i samband med återbesök hos sjuksköterska eller läkare på kranskärslmottagning, först några veckor efter utskrivningen från sjukhuset. I den aktuella regionen är det vanligen sjuksköterska på kranskärslmottagning som är den första yrkeskategori patienter träffar vid återbesök efter hjärtinfarkt, och det uppdämda behov av läkemedelsinformation som framkommer i denna studie stämmer helt överens med egna och andras erfarenheter från sådant arbete. Samlad, tydlig och samstämmig läkemedelsinformation som förmedlades utifrån den enskilda individens aktuella situation beskrevs av informanterna som strategier för att underlätta för mottagaren att ta till sig informationen. Just samstämmighet i information beskrivs av Maningat et al. (2012) som en framgångsfaktor i att öka patienters benägenhet att följa ordinerad läkemedelsbehandling.

Individanpassad information

I denna studie upplevde de allra flesta av informanterna att de ville ha information om de läkemedel just de ordinerats efter hjärtinfarkten, inklusive potentiella biverkningar att vara uppmärksam på. Liknande resultat kom Pettersen et al. (2018) fram till i sin studie, där patienter uttryckte att frågan om potentiella biverkningar var viktig för dem men att deras frågor inte togs på allvar av vårdteamet, vilket i sin tur ledde till att informationen upplevdes som otillfredsställande. I en studie av Fung et al. (2010) visade sig upplevelse av, eller oro för, negativa bieffekter av läkemedel vara den största orsaken till att patienter gjorde uppehåll i eller avslutade läkemedelsbehandling. Som Rasmussen, Chong och Alter (2007) visat, kan avslutad läkemedelsbehandling i sin tur leda till försämrad långtidsöverlevnad hos patienter.

Flera informanter beskrev att de haft svårt att ta in information överhuvudtaget i den ovana och ibland skrämmande situationen det inneburit att ha drabbats av hjärtinfarkt och/eller vårdas på sjukhus, vilket överensstämmer med egna erfarenheter från såväl akut kardiologisk vård som sekundärpreventiv vård efter hjärtinfarkt. Svårigheter för stressade och oroliga patienter att ta till sig ny information har tidigare visats av Pettersen et al. (2018). Att då vara öppen för individens upplevelse av vårdsituationen vid exempelvis förmedlande av information kan ses som en del av ett personcentrerat förhållningssätt, i enighet med Svensk Sjuksköterskeförenings beskrivning av personcentrerad vård (Jacobsson, Palm, Willman & Torpenberg, 2010).

De informanter som hade fått läkemedelsinformation under vårdförloppet beskrev att informationen de fått var på en rimlig nivå, så att de kunde ta den till sig i den aktuella situationen. Att ge information på ett sådant sätt kan kopplas till ett personcentrerat arbetssätt, där den sjukdomsdrabbade individen ses som en partner i vårdsammanhanget och visas förtroende till att kunna förstå och hantera sin läkemedelsbehandling (Ekman & Norberg, 2013).

Struktur vid informationsgivning

Flera informanter i denna studie påtalade att vårdpersonal som upplevdes vara stressade i samband med läkemedelsinformation ledde till att informationen upplevdes som otillfredsställande, eftersom det då saknades utrymme för ömsesidig dialog kring läkemedelsbehandlingen. Liknande resultat har visats i en studie av Pettersen et al. (2018), där patienterna uppfattade det som att läkarna hade för många patienter och för lite tid till att ta hand om dem, både vid rondarbetet och vid utskrivningssamtal. Upplevelsen av att läkarna inte hade tid för samtal kring läkemedelsbehandlingen ledde då i sin tur till att patienterna ogärna bad om förklaringar eller förtydliganden (Pettersen et al., 2018).

Informanterna i denna studie uttryckte däremot uppskattning över att det vid återbesök fanns tid avsatt för att samtala med kunnig personal kring läkemedelsbehandlingen och dess förväntade effekter och eventuella bieffekter. Som Maningat et al. (2012) visat kan eventuell tidsbrist vid information leda till lägre följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling. En erfarenhet från eget och andras arbete på kranskärslmottagning är att en relativt stor del av tiden vid patienters första återbesök efter hjärtinfarkt behöver användas just till dialog och information kring den läkemedelsbehandling som ordinerats, då flertalet patienter och närstående har frågor och beskriver osäkerhet i ämnet.

Även informationens utformning menade informanterna i denna studie var av vikt för hur väl de kunde ta den till sig. Att få informationen muntligt men även skriftligt och med förtydliganden kring varje enskilt läkemedel påtalades vara viktigt, eftersom informanterna då kunde gå tillbaka till materialet för att påminna sig själva om vilka läkemedel de ordinerats och varför. Majoriteten av informanterna hade fått en utskrift av journalsystemets läkemedelslista i samband med utskrivningssamtalet, dock inte alltid med de önskade förtydligande skriftliga kommentarerna. Likaså beskrev informanterna det som viktigt att informationen repeterades i samband med samtalen vid återbesök hos sjuksköterska eller läkare på kranskärslmottagningen, och att det då fanns tid och möjlighet att ställa frågor och/eller be om förtydliganden. Enligt Riegel et al. (2017) är sannolikheten för en god följsamhet till läkemedelsbehandling störst om patienten är väl införstådd med behandlingen, men att frågan hur denna nivå av förståelse ska uppnås idag inte finns något tydligt svar på. Egna erfarenheter från arbete på kranskärslmottagning ger svaret är att det är synnerligen individuellt från patient till patient, vilket ställer krav på vårdpersonalen att kunna förmedla information på flera olika sätt och i olika former. Exempel på detta kan vara att se till att det finns möjlighet för recipienten göra anteckningar, att det finns tillgång till skriftligt material av god innehållsmässig och pedagogisk kvalitet, liksom att kunna hänvisa till webbsidor, föreläsningar och/eller appar vars innehåll är vetenskapligt väl förankrat.

Att om möjligt inkludera eventuella närstående, om en patient så önskar, i planering och genomförande av vårdinsatser är en del i den personcentrerade vården (Ekman & Norberg, 2013). Två av informanterna i denna studie beskrev att de upplevt det som positivt att ha en närstående med vid utskrivningssamtalet, men att detta inte uppfattats som självklart under vårdtillfället. Däremot hade några informanter haft med någon närstående vid återbesök på kranskärslmottagningen. Huruvida det haft någon effekt på dessa informanters kunskap och förståelse gällande läkemedelsbehandlingen eller ej var oklart, men erfarenheter från arbete på kranskärslmottagning indikerar att närstående som fått samma information som patienten fått kan ge patienten stöd att i hantera sin behandling.

Metoddiskussion

Under studiens planeringsfas diskuterades kring valet av intervjuer som metod för datainsamling, dels utifrån perspektivet tidsåtgång, och dels utifrån det faktum att studien genomfördes som ensamarbete och det därför inte skulle finnas ytterligare perspektiv på det insamlade materialet. Att istället göra en litteraturstudie utifrån den aktuella frågeställningen bedömdes inte vara möjligt, då det fanns för få lämpliga studier på ämnet. En enkätstudie upplevdes inte kunna ge tillräckligt uttömmande svar eller möjlighet till följdfrågor/kompletteringar, och ansågs heller inte lämpligt för en kvalitativ studie med de aktuella tidsramarna. Fokusgruppsintervju hade eventuellt kunnat vara ett alternativ, dock planerades endast åtta intervjuer, och de potentiella informanterna befann sig inom ett relativt stort geografiskt område, varför det hade varit svårt att finna en tid och plats för intervjun som passade alla. Dessutom fanns en risk att alla i gruppen inte skulle kunna göra sina röster hörda, i enighet med Polit och Beck, 2016. Därför föll metodvalet på en deskriptiv studie utifrån individuella intervjuer, med semistrukturerade frågor och en induktiv kvalitativ ansats. Metoden valdes för att få så uttömmande beskrivningar av det studerade fenomenet som möjligt, och att dessa beskrivningar sedan kunde analyseras förutsättningslöst i enighet med Kvale och Brinkmann (2009), Polit och Beck (2016), samt Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

Vid kvalitativa intervjustudier skall informanter rekryteras utifrån att de har erfarenhet av det fenomen som ska studeras (Polit & Beck, 2016), varför ett strategiskt urval ansågs lämpligt i detta fall. Det var initialt svårt att rekrytera informanter, inte för att individer som uppfyllde inklusionskriterierna saknades, utan för att sjuksköterskorna på de rekryterande mottagningarna upplevde svårigheter att finna tid för rekrytering till studien, utöver sina ordinarie dagliga arbetsuppgifter. Med stöd från arbetsplatsens ledning lyckades dock rekryteringen, men tidsramen för rekrytering fick utökas från två till tre månader. Att endast en kvinna deltog i studien är en svaghet, som ger en skev könsfördelning i studien. Statistik från Folkhälsomyndigheten (2019) visar att fler män än kvinnor insjuknar i hjärtinfarkt, men inte i förhållandet sex till ett. Trots att åtta intervjuer initialt planerades bedömdes efter sju intervjuer att informationsmättnad hade uppnåtts, det vill säga att ingen ny information tillkom, beskrivet av Polit och Beck (2016). Det förhållandevis låga antalet informanter gör att studien snarast representerar ett stickprov av patienters upplevelser, varför studiens överförbarhet inte är självklar (Polit & Beck, 2016). Endast informanter med svenska som modersmål kom att inkluderas i studien, vilket också skulle kunna utgöra en svaghet eftersom upplevelser av läkemedelsinformation som ges på ett annat språk än det egna modersmålet potentiellt skiljer sig åt jämfört med sådan som ges på modersmålet.

Fem av de sju intervjuerna skedde vid fysiskt möte i ett avskilt rum på det aktuella sjukhusområdet, efter överenskommelse med respektive informant. En intervju hölls i informantens hemmiljö enligt vederbörandes uttryckliga önskemål, och en hölls via telefon enligt informantens önskemål. Vid flertalet av de intervjuer som hölls vid fysiskt möte beskrev informanterna initialt en viss nervositet över att intervjuerna spelades in med hjälp av en digital diktafon, dock gav de intryck av att slappna av under intervjuens gång. Informanterna hade fått veta i förväg via informationsmaterialet om studien (bilaga B) att inspelning skulle ske, men beskrev det som en ovan situation. Informanten som intervjuades via telefon påtalade ingen upplevd nervositet. För att minska den upplevelse av maktobalans mellan intervjuare och informant som enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan uppstå i en intervjusituation bar intervjuaren privata kläder vid de intervjuer som skedde vid fysiskt möte, och ett allmänt samtal fördes innan själva intervjuerna startade.

En väsentlig skillnad noterades mellan att genomföra intervjuer vid fysiskt möte ansikte mot ansikte jämfört med den intervju som hölls via telefon, eftersom minspel, gester och kroppsspråk inte kunde noteras vid telefonsamtalet. Det gjorde det svårare att fånga upp reaktioner som annars hade kunnat leda till följdfrågor i intervjun. Bristande erfarenhet att intervjuas bidrog till att framför allt de första intervjuerna blev kortare än de efterföljande och då kanske inte blev så uttömmande som de annars hade kunnat bli, eftersom oerfarenheten gjorde att möjligheter till ytterligare följdfrågor missades. Dock erhöles i samtliga fall svar på frågorna i intervjuguiden.

De inspelade intervjuerna transkriberades i sin helhet inom några dagar efter respektive intervju, vilket ledde till att bearbetningen utifrån en manifest innehållsanalys enligt den metod som Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskrivit snabbt kunde påbörjas för varje intervju. Meningsbärande enheter färgmarkerades, kondenserades och sorterades därefter in i en matris vilket upplevdes ge bättre överblick över materialet. På så sätt kunde koder, underkategorier och kategorier utarbetas på ett effektivt sätt. Den största upplevda svårigheten under denna process var först att undvika att den egna förförståelsen av ämnet påverkade tolkningen av materialet, då endast det manifesta innehållet skulle analyseras. En annan svårighet var att hitta en korrekt nivå för koder, underkategorier och kategorier, så att de varken upplevdes för ordagranna eller för långt från studiens syfte. Då studien genomfördes som ett ensamarbete fördes en kontinuerlig dialog med handledarna under arbetet med tolkning, kodning och kategorisering. Dialogen fick som effekt att påverkan av den egna förförståelsen i ämnet kunde minimeras, beskrivet av Polit och Beck (2016). En ytterligare effekt var att dialogen gav möjlighet till diskussion kring kodifiering och kategorisering samt att studiens giltighet och tillförlitlighet kunde säkerställas, som beskrivits av Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

Ett godkännande från det etiska rådet vid Sophiahemmet Högskola inhämtades (diarienummer 20171207/1821), och studien genomfördes enligt sagda skolas riktlinjer för självständigt arbete. Skriftligt samtycke till studien inhämtades från aktuell verksamhetschef samt dennes chef, och informanterna fick muntlig och skriftlig information samt gav ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Ingen tidigare vårdrelation mellan intervjuaren och informanterna förelåg, och heller ingen tillgång till medicinsk journal eller personnummer. Ingen informant uttryckte obehag kring frågeställningen eller uppgav önskemål om samtalsstöd efter genomförd intervju. Det insamlade materialet hanterades med sekretess, var avidentifierat och användes endast till denna studie.

Slutsats

Resultatet visar att majoriteten av informanterna i denna studie upplevde att de fått knapphändig eller bristande läkemedelsinformation under tiden i slutenvården, vilket i flera fall ledde till osäkerhet kring aktuell läkemedelsbehandling fram till dess att återbesök i öppenvården skett. Studien visar att personer som vårdats för hjärtinfarkt önskar information om och dialog kring de läkemedel de ordinerats i samband med sjukdomen. Sådan information bör starta under vårdtillfället i slutenvården, förmedlas och utföras på ett personcentrerat sätt, och vara både skriftlig och muntlig. Informationen bör vara samstämmig och tydlig och innefatta skälen till vald behandling, hur varje preparat ska användas, samt eventuella biverkningar att vara observant på. Informationen bör repeteras och vid behov fördjupas vid uppföljande återbesök i öppenvården.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie kan komma att ha betydelse för vården och omvårdnaden genom att bidra med kunskap om hur läkemedelsinformation upplevs och tas emot av patienter. Sådan kunskap kan ligga till grund för utformning av rutiner och arbetssätt kring läkemedelsinformation, såväl inom slutenvården som öppenvården. Studiens resultat kan också indikera var utvecklingspotential kan finnas i hur informationen förmedlas och/eller är utformad, vilket i sin tur kan användas som underlag i vidare kvalitetsarbete inom vårdverksamheter. Att ha ett strukturerat personcentrerat arbetssätt kring denna fråga, ha tydliga rutiner, samt att sträva efter att de som ska ge information kring läkemedel faktiskt har tid och tillräcklig kunskap för det, kan i förlängningen leda till ökad följsamhet till ordinerad medicinsk behandling och därmed minskad risk för återinsjuknande i ischemisk hjärtsjukdom.

Framtida forskning

I denna studie har informanternas upplevelser av given läkemedelsinformation studerats. Samtidigt väcks flera nya frågor. Vare sig hälsokompetens eller utbildningsnivå hos informanterna har undersökts i denna studie, vilket eventuellt hade kunnat ge ytterligare aspekter på hur läkemedelsinformationen kan utformas och utföras på ett bättre sätt. Upplevelser av läkemedelsinformation för patienter med ett annat modersmål än svenska vore också ett intressant område att utforska. Likaså att studera eventuella kopplingar mellan sjuksköterskebemanning och sjukskötersketäthet inom vårdenheterna, vårdtyngd, och möjligheten till personcentrerad läkemedelsinformation. En annan intressant aspekt vore att undersöka huruvida sjuksköterskor och läkare upplever sig ha tillräckliga pedagogiska såväl som läkemedels- och sjukdomsspecifika kunskaper för att kunna förklara och/eller motivera ordinerad behandling.

REFERENSER

Aboumatar, H. J., Carson, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. A. (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1469–1476. doi: 10.1007/s11606-013-2466-5

Adamsson, V., Reumark, A., Fredriksson, I. B., Hammarström, E., Vessby, B., Johansson, G., & Risérus, U. (2011). Effects of a healthy Nordic diet on cardiovascular risk factors in hypercholesterolaemic subjects: a randomized controlled trial (NORDIET). *Journal of Internal Medicine*, 269(2), 150 – 159. doi: 10.1111/j.1365-2796.2010.02290.x

Arefalk, G., Hambraeus, K., Lind, L., Michaëlsson, K., Lindahl, B., & Sundström, J. (2014). Discontinuation of smokeless tobacco and mortality risk after myocardial infarction. *Circulation*, 130(4), 325-332. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.007252

Connolly, S. B., Kotseva, K., Jennings, C., Atrey, A., Jones, J., Brown, A.,... Wood, D. A. (2017). Outcomes of an integrated community-based nurse-led cardiovascular disease prevention programme. *Heart*, 103(11), 840–847. doi:10.1136/heartjnl-2016-310477

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P.,... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.006

Dahlström, U. (2010). Hjärtsvikt. I U. Dahlström, L. Jonasson, & F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin* (1. uppl., ss. 233 - 258). Stockholm: Liber AB.

Eckman, M. H., Wise, R., Leonard, A. C., Dixon, E., Burrows, C., Khan, F., & Warm. E. (2012). Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 143-151. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.020

Edvardsson, D. (2010). Inledning. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (1. uppl., ss. 15 – 18). Lund: Studentlitteratur AB.

Ek, A., Ekblom, Ö., Hambraeus, K., Cider, Å., Kallings, L. V., & Börjesson, M. (2018). Physical inactivity and smoking after myocardial infarction as predictors for readmission and survival: Results from the SWEDHEART-registry. *Clinical Research in Cardiology*. Advance online publication. doi: 10.1007/s00392-018-1360-x

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: Teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl., ss. 29 – 61). Lund: Studentlitteratur AB.

Erlinge, D. (2010). Kranskärlssjukdom. I U. Dahlström, L. Jonasson, & F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin* (1. uppl., ss. 123 - 144). Stockholm: Liber AB.

Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Ruiz-Gutiérrez, V., Covas, M. I.,... Ros, E. (2006). Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(1), 1-11. doi: 10.7326/0003-4819-145-1-200607040-00004

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsans utveckling: Årsrapport 2018*. Solna: Folkhälsomyndigheten. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Insjuknande i hjärtinfarkt*. Hämtad 30 september, 2019, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/insjuknande-i-hjartinfarkt/>

Fung, V., Sinclair, F., Wang, H., Dailey, D., Hsu, J., & Shaber, R. (2010). Patients' perspectives on nonadherence to statin therapy: A focus-group study. *The Permanente Journal*, 14(1), 4 - 10. doi: 10.7812/tpp/09-090

Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 165(21), 2508 - 2513. doi:10.1001/archinte.165.21.2508

González-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P.,... Stocks, N. (2016). Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PLoS One*, 11(3). doi: 10.1371/journal.pone.0151079

Grande, G., Romppel, M., & Barth, J. (2012). Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(3), 299-310. doi: 10.1007/s12160-011-9339-0

Guasch-Ferré, M., Hu, F. B., Martínez-González, M. A., Fitó, M., Bulló, M., Estruch, R.,... Salas-Salvadó, J. (2014). Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *BMC Medicine*, 12(78). doi: 10.1186/1741-7015-12-78

Health Literacy (u.å.). I *Svensk MeSH*. Hämtad 5 december, 2018, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy>

Jackevicius, C. A., Li, P., & Tu, J. V. (2008). Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, 117, 1028 – 1036. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820

Jacobsson, C., Palm, C.-A., Willman, A., & Torpenberg, I. N. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening: Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jernberg, T. (2018). *SWEDHEART: Annual report 2017*. Hämtad 13 oktober, 2019, från <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/aeldre-arsrapporter-older-reports/arsrapport-2017>

Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., van Dantzig, J. M., Jaarsma, W.,... Peters, R. J. G. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: Main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*, 99(19), 1421-30. doi: 10.1136/heartjnl-2013-303989

Koul, S., Hagström, E., & Smith, J. G. (Red.). (2016). *Akut kranskärlssjukdom: Rekommendationer för bedömning, behandling och sekundärprevention*. Hämtad från <https://www.sls.se/globalassets/svkf/aks-rekommendationer-svkf.pdf>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., ss. 187 - 201). Lund: Studentlitteratur AB.

Maningat, P., Gordon, B. R., & Breslow, J. L. (2012). How do we improve patient compliance and adherence to long-term statin therapy? *Current Atherosclerosis Reports*, 15(291). doi: 10.1007/s11883-012-0291-7

Milani, R. V., & Lavie, C. J. (2007). Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *The American Journal of Medicine*, 120(9), 799-806. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.03.026

Moser, D. K., McKinley, S., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., Pelter, M.,... Dracup, K. (2011). Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 73(19), 803-809. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182364992

Norlund, F., Lissåker, C., Wallert, J., Held, C., & Olsson, E. (2018). Factors associated with emotional distress in patients with myocardial infarction: Results from the SWEDHEART registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(9), 910-920. doi: 10.1177/2047487318770510

O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 383 - 390. doi: 10.1007/s12160-010-9257-6

Pettersen, T. R., Fridlund, B., Bendz, B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Schjøtt, J., & Norekvål, T. M. (2018). Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 88(December 2018), 16-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.013

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L.,... Binno, S. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rasmussen, J. N., Chong, A., & Alter, D. A. (2007). Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 297(2), 177 - 186. doi: 10.1001/jama.297.2.177

Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Vaughan Dickinson, V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9). doi: 10.1161/JAHA.117.006997

Secondary Prevention (u.å.). I *Svensk MeSH*. Hämtad 5 december, 2018, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D055502/secondary-prevention>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om hjärtinfarkter 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-12-6490.pdf>

Stockholms Läns Landsting. (2019). *Akut hjärtsjukvård: Behandlingsprogram*. Hämtad 13 oktober, 2019, från <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardriktlinjer/akut-hjartsjukvard/aks/riskvardering-prevention-och-utskrivning-vid-kranskarlssjukdom/>

Sundström, J., Hedberg, J., Thuresson, M., Aarskog, P., Johannesen, K. M., & Oldgren, J. (2017). Low-dose aspirin discontinuation and risk of cardiovascular events: A Swedish nationwide, population-based cohort study. *Circulation*, 136(13), 1183–1192. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028321

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

[sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.sjukskoterskeforening.se/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

Vetenskapsrådet. (2018). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Williams, L., O'Connor, R. C., Grubb, N., & O'Carroll, R. (2011). Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychology & Health, 26*(6), 703 - 712. doi: 10.1080/08870446.2010.488265

Wood, D. A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J.,... Faergeman, O. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet, 371*(9629), 1999-2012. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60868-5

World Medical Association. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association, 310*(20), 2191–2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F.,...Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet, 364*(9438), 937-952. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9



Till verksamhetschef och dennes chef

Jag heter Agneta Nordvall och är sjuksköterska. Jag studerar **specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård** vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Patienters upplevelse av läkemedelsinformation i samband med vårdtillfället och öppenvårdsbesöket efter genomgången hjärtinfarkt. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Mottagning..... Jag kommer gärna till din verksamhet och berättar mer om studien och dess upplägg.

Om du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om du har förbehåll vill jag gärna att du anger detta. Har du frågor rörande själva undersökningen är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för dig och/eller på arbetsplatsen om du så önskar.

Stockholm 2019-01-03

Med vänlig hälsning

Student

Handledare

tel:

tel:

e-post:

e-post:

Studiens preliminära titel: Patienters upplevelse av läkemedelsinformation vid hjärtinfarkt.

Syftet med studien är att undersöka vuxna patienters upplevelse av information kring läkemedel som ordinerats efter genomgången hjärtinfarkt, och innefattar såväl informationens innehåll som hur den förmedlats.

Problem: Forskning visar att både medicinsk- och icke medicinsk sekundärpreventiv behandling efter genomgången hjärtinfarkt kan påverka överlevnaden positivt och minska risken för återinsjuknande och kardiovaskulär död. Ändå uppvisar vissa patienter bristande följsamhet till den sekundärpreventiva läkemedelsbehandling de ordinerats efter hjärtinfarkt. Bristande följsamhet till läkemedelsbehandling kan framkomma vid återbesök, telefonkontakt med patienter, eller om patienten drabbas av återinsjuknande i akut hjärtinfarkt. Bristande följsamhet till läkemedelsbehandling kan även leda till att patienter riskerar att få försämrad hälsa och livskvalitet.

Det finns få studier där det undersökts hur patienter upplevt den information de fått om sin läkemedelsbehandling efter en hjärtinfarkt, vilket kan leda till bristande kunskap om hur läkemedelsinformation tas emot av patienter, och därmed bristande kvalitet på den läkemedelsinformation som ges av läkare och sjuksköterskor inom sjukvården. Ökad kunskap kring patienters upplevelse av läkemedelsinformation efter hjärtinfarkt skulle kunna vara till nytta för både patienter och personal. Det är viktigt att sjuksköterskor har denna kunskap så att de på ett personcentrerat sätt kan stödja patienterna i att följa läkemedelsordinationen.

Metoden för det planerade arbetet är intervjuer av patienter som haft hjärtinfarkt de senaste 4 månaderna och har ordinerats läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

Önskemål från din verksamhet: Jag önskar kunna intervjua åtta patienter som har haft hjärtinfarkt de senaste 4 månaderna, och har uppföljning hos sjuksköterskor på öppenvårdsmottagningen inom din enhet. Jag vill be dessa sjuksköterskor om hjälp med att identifiera lämpliga studiedeltagare, samt att de överlämnar skriftlig information och samtyckesformulär till dessa och meddelar mig studiedeltagarnas namn och kontaktuppgifter. Intervjuerna, som beräknas ta 30 - 45 minuter, önskar jag genomföra i lokaler på din klinik. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under januari-februari 2019. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Vid behov kommer informanterna att kunna erbjudas samtalsstöd från kurator efter intervjuerna. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Bilaga A, del 2

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Kontaktperson på mottagningen:

Namn, titel:

.....

Telefonnummer/e-postadress:

.....

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....

.....

.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum, Namn

.....

Namnförtydligande

.....

Enhet

.....



Informationsbrev till forskningsperson

Studie-informationsbrev till Dig som haft hjärtinfarkt

Bakgrund och syfte

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste folksjukdomen i Sverige, och cirka 1,8 miljoner människor lever idag med någon form av hjärt- och kärlsjukdom i landet. Efter att ha drabbats av hjärtinfarkt är det vanligt att ordinerar olika läkemedel för att behandla olika riskfaktorer, samt för att minska risken för återinsjuknande. Det finns dock inte särskilt mycket forskning där patienter själva fått möjlighet att beskriva hur de upplevt den information de fått om sina läkemedel efter att ha drabbats av hjärtinfarkt, såväl gällande informationens innehåll som hur den förmedlats. Denna lucka i kunskapen kan leda till bristande kvalitet på den läkemedelsinformation som ges av olika yrkeskategorier inom sjukvården. Syftet med den här studien är just att undersöka patienters egna upplevelser av den information de fått om de läkemedel de ordinerats efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du har haft hjärtinfarkt och i samband med detta ordinerats, för dig, nya läkemedel.

Hur går studien till?

Studien kommer att baseras på individuella intervjuer. Om du vill delta i studien kommer jag, utifrån de kontaktuppgifter du lämnat till sjuksköterskan som lämnat detta material till dig, att kontakta dig för att lämna mer information om studien och även kontrollera om du vill delta. Vi kommer då överens om en lämplig plats för intervjun, som beräknas ta 30 – 45 minuter. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare och analyseras.

Säkerhet

Eventuellt skulle känslomässiga reaktioner kunna uppkomma, och om du så önskar kan intervjun avbrytas när som helst. Vid behov kommer du att kunna erbjudas samtalsstöd från kurator.

Hantering av data och sekretess

Studieförfattaren kommer inte att ha tillgång till ditt personnummer eller din journal. Allt insamlat material kommer att hanteras konfidentiellt. Det betyder att endast den som genomför denna studie och dennes handledare kommer att ha tillgång till intervjun, både i form av ljudupptagning och som utskrivna text. Insamlat material kommer endast att användas till denna studie, och ljudupptagningen kommer att raderas när arbetet är

godkänt. Citat kan komma att användas i den slutgiltiga studien/upsatsen, för att exempelvis förtydliga ett resonemang. All information kommer att avidentifieras. Det innebär att det som framkommer i intervjun inte kommer att kunna härledas till dig på något sätt i den slutgiltiga studien/upsatsen. Studiens resultat kommer att presenteras i form av ett självständigt arbete på avancerad nivå vid Sophiahemmet Högskola. Efter att arbetet är godkänt kommer det att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Information om studiens resultat

Vill du ta del av studiens resultat kan en kopia sändas till dig efter att arbetet blivit slutgiltigt godkänt.

Ersättning

Ingen ekonomisk eller annan ersättning kommer att utdelas för ditt deltagande i studien.

Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att ange någon orsak. Deltagandet kommer på intet sätt att påverka din fortsatta vård och behandling.

Ansvariga för studien

Vid frågor och funderingar kring studien är du välkommen att kontakta nedanstående personer:

Student

Handledare

tel:

tel:

e-post:

e-post:

Samtycke

Om du samtycker till att delta i studien är jag tacksam om du signerar bifogat samtyckesformulär och lämnar det till mig i samband med intervjun.

Jag intygar att jag tagit del av informationen kring studien, samt att jag fått tillfälle att ställa kompletterande frågor och fått svar på eventuella sådana.

Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är helt frivilligt.

Jag samtycker till att delta i studien, och är medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange någon orsak till detta.

Jag är medveten om att deltagande i studien inte på något sätt kommer att påverka min fortsatta vård och behandling, oavsett om jag slutför deltagandet eller ej.

.....
Ort och datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Studieförfattare/student

INTERVJUGUIDE

1. Kön? Ålder?
2. Hur skulle du beskriva den information du fick om dina läkemedel i samband med vårdtillfället för hjärtinfarkt?
3. Från vilka yrkesgrupper har du fått information om din läkemedelsbehandling efter att ha drabbats av hjärtinfarkt?
 - b. Vid vilka tillfällen?
 - c. I vilken form/vilka former?
4. Hur upplevde du informationen du fick från läkare och sjuksköterska vid ordinationen av läkemedlen?
 - b. Från andra yrkeskategorier (om aktuellt)?
5. Vad i informationen upplevde du som positivt eller givande?
6. Vad i informationen upplevde du som mindre positivt/otillfredsställande?
7. Vilka förslag har du för att förändra den information patienter får om sin läkemedelsbehandling?
8. Har du något du skulle vilja tillägga i intervjun?