

EKTEFELLENS BEHOV FOR INFORMASJON

NÅR PARTNER FÅR AKUTT HJERTEINFARKT



Foto: Erik Sundt



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelens hovedfunn er at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset i stor grad har innvirkning på hvordan han/hun takler den første tiden hjemme i etterkant.

Nøkkelord:

- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper
- Ektefelle
- Hjerteinfarktpasient
- Informasjon
- Sykepleier

Hva vet vi fra før:

Internasjonale studier viser at ektefeller til hjerteinfarktpasienten har behov for støtte, oppfølging og informasjon både i den akutte fasen og i tiden etter sykehusoppholdet.

Mer om forfatteren:

Anny Norlemann Holme
Høgskolelektor
Avd. for helsefag
Høgskolen Stord/Haugesund
e-post: anny.holme@hsh.no

Fakta:

I 2006 ble 18 908 pasienter innlagt ved somatiske sykehus på grunn av hjerteinfarkt i Norge.

Hensikten med denne studien er å beskrive ektefellers opplevelser og erfaringer i den første tiden etter sykehusoppholdet i lys av den informasjon de mottok mens partneren var innlagt i sykehus. Ønsket er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst sin egen rolle i forhold til den informasjon de gir ektefelle. Studien har en kvalitativ forskningstilnærming. Som forskningsmetode er det benyttet fokusgruppeintervju med ni ektefeller derav åtte kvinner og en mann. Intervjuene fant sted hovedsakelig seks til ti uker etter sykehusoppholdet. Dataene er analysert etter en modifisering av Giorgis analysemetode

av data og Knodels metode for analyse av data ved fokusgruppeintervju. Studien viser at ektefellene hovedsakelig opplever seg ivaretatt på sykehuset og takler partnerens rehabiliteringsfase på en god måte. Hovedfunn er at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset i stor grad har innvirkning på hvordan han/hun takler den første tiden hjemme i etterkant. God informasjon underveis samt hvordan partneren skal forholde seg i rehabiliteringsfasen er viktige momenter. Det føles sårt å ikke bli sett som pårørende.

**The spouses of acute myocardial infarction patients – what information do they need in hospital?**

The aim of this study is to look at the experiences of the spouses of myocardial infarction patients. It gains insight in how the spouses find the early days at home after hospitalisation and also if the information given to the spouse in the hospital is helpful in coping with daily life in their partner's phase of rehabilitation. Nurses need to be aware of their important part of given information to spouses. I wish to contribute to increased knowledge about these issues. The study is based on a qualitative research design. The method of research is Focus Groups.

Nine spouses, eight women and one man have participated. The interviews took place mainly six to ten weeks after leaving the hospital. The data are analysed according to a modified version of Giorgi's method of data analysis and Knodel's method of analysing data from Focus Groups. The study shows that most of the spouses feel taken care of in the hospital and that they cope well with the partner's rehabilitation. The main finding is that the spouse's experiences in the acute phase in the hospital to a great extent influences how he or she copes in the early days at home after hospitalisation. To be well informed during the phases of the illness and also information on what the partner should

be aware of during the rehabilitation is very important. It hurts if the spouse feels overlooked.

» Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt

Forfatter: Anny Norlemann Holme

Foto: Erik Sundt

INTRODUKSJON

Hjerteinfarkt er en livstruende sykdom som rammer begge kjønn. I 2006 ble 18 908 pasienter innlagt ved somatiske sykehus på grunn av hjerteinfarkt i Norge. Oftest rammes de mellom 40–59 år og de over 80 år. Hjerter-karsykdommer er den vanligste årsaken til innleggelse ved norske sykehus (1). Ved akutt hjerteinfarkt blokkerer

arteriosklerotisk plakk lumen i en koronararterie, hjertets egne årer (2). Tidligere fikk disse pasientene trombolytisk behandling og var inneliggende i somatisk sykehus en ukes tid. I dag behandles myocardininfarkt hovedsaklig med Percutaneous Coronary Intervention (PCI) hvor man foretar en ballongdilatasjon («blokking») av koronararteriene (2). Utredning og behandling skjer vanligvis ved universitetssykehusene, noe som medfører at pasienter som innlegges ved sykehus oftest sendes

til nærmeste universitetssykehus så snart diagnosen er stilt. Dette medfører at både pasient og pårørende må forholde seg til mange personer og ulikt personale i forbindelse med innleggelsen, noe som i seg selv kan være en kilde til stress. De skal tilpasse seg en ny livssituasjon med den usikkerhet en hjertelidelse medfører (3). I denne vanskelige situasjonen skal sykepleieren møte pasienter og pårørendes behov med nærhet og informasjon.

Statistikken tilsier at en ikke

ubetydelig gruppe ektefeller opplever at deres kjære gjennomgår akutt hjerteinfarkt. Flere internasjonale studier viser at ektefeller til hjerteinfarktpasienten har behov for støtte, oppfølging og informasjon både i den akutte fasen (om det akutte forløpet, om akuttavdelingen) og i tiden etter sykehusoppholdet. Sykepleier har her en sentral rolle (3-7). For å kunne håndtere den stressede situasjonen trenger ektefellene å føle seg trygge, å opprettholde håp, være nær pasienten, motta realistisk informasjon om pasientens tilstand, få skriftlig informasjon og ha støtte fra tilgjengelig ekspertise (8,9). Ærlig og regelmessig informasjon om pasientsituasjonen kan minske deres følelse av forvirring og hjelpeløshet (10). I tiden etter sykehusoppholdet trenger både pasient og ektefelle oppfølging i form av eksempelvis støttegrupper og hjerteskolet. De ønsker kunnskap om hjertesykdom og risikofaktorer, livsstil og å dele erfaringer fra tiden på sykehuset (6,11,12).

Etter gjennomgang av tidligere studier synes det å være behov for ytterligere forskning omkring hvilke tema ektefellen trenger informasjon om i den akutte fase og kanskje særlig ved utskrivelse fra sykehuset. Likeledes om den informasjonen som blir gitt er tilstrekkelig tilpasset de behov pasienter med akutt hjerteinfarkt og deres ektefeller har. Hensikten med denne studien er å beskrive hva ektefellen opplever å ha behov for av informasjon under sykehusoppholdet for å være til hjelp og støtte i rehabiliteringsfasen. Ønsket er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst sin egen rolle i forhold til den informasjonen de gir ektefeller.

I artikkelen brukes benevnelsen «partner» om pasienten og «ektefelle» om pasientens part-

ner uansett om paret er gift eller samboende. Studien ble utført våren 2006 ved en hjerteovervåking/medisinsk intensiv enhet ved et norsk sykehus.

METODE

Ut ifra studiens hensikt ble det valgt en kvalitativ forskningstilnærming som vektlegger å forstå informantens fortellinger og beskrivelser. (13). Det ble anvendt fokusgrupper der noen tema var bestemt på forhånd.

Rekruttering av deltagere

En ønsket å inkludere ektefeller til pasienter som hadde gjennomgått et akutt hjerteinfarkt og som var under 70 år, fordi en antok at stor aldersspredning ville vanskeliggjøre samtalen i fokusgruppene. En tilstrebet også at deltagere var ukjente for hverandre slik at alle hadde samme utgangspunkt (14). Personer som svarte til utvalgs-kriteriene, fikk sammen med partneren muntlig og skriftlig informasjon om studien av sykepleiere under oppholdet på hjerteovervåkingen. Både ektefelle og partner skrev under på en samtykkeerklæring som ga forsker anledning til å kontakte ektefellen cirka to måneder etter utskrivelsen. På bakgrunn av slik kontakt ble ni informanter i alderen 42 til 66 år (åtte kvinner og en mann) rekruttert. Rekrutteringen strakk seg over en periode på fire måneder.

Datainnsamling

To fokusgruppeintervju med henholdsvis fire og fem deltakere ble gjennomført og fant hovedsakelig sted mellom seks og ti uker etter sykehusinnleggelsen. Samtalene ble tatt opp på bånd. I intervju-situasjonen er hensikten at gruppedeltakerne diskuterer de emnene som en vil utvikle kunnskap om (15). Moderator (intervjuer) leder samtalen, sørger for at alle delta-

kerne i størst mulig grad inkluderes og bidrar til å skape trygghet i gruppen. Hennes rolle skal først og fremst være lyttende (14). Metodelitteraturen anbefaler bruk av intervjuguide som består av de hovedtema som ønskes belyst. Spørsmålene som stilles i tilknytning til temaene bør være tydelige, korte, åpne og endimensjonale (14). I den aktuelle studien hadde intervjuguiden to hovedtema, det ene knyttet til utfordringer den første tiden hjemme (for eksempel i forhold til familie, sosial tilværelse, arbeid, fysisk aktivitet, kost). Det andre til hvilken type informasjon ektefellen hadde behov for på sykehuset for å kunne være til støtte for partneren (for eksempel i akuttfasen, ved undersøkelser, ved overflytting til annet sykehus). Gjennom gruppediskusjon ble det således lagt vekt på å få belyst ektefellenes opplevelser av den første tiden hjemme og hva de hadde behov for av informasjon for å være til støtte for partneren. Informasjon fremkommer best gjennom en dynamisk interaksjonsprosess innen gruppen (16,17). Moderator tilstrebet derfor at deltakerne primært snakket med hverandre i stedet for å forholde seg til moderator. En co-moderator registrerte gruppeinteraksjonen underveis, noe som var til hjelp i analysen. Noen var relativt tause mens andre snakket mye. De var lydhøre for hverandres opplevelser og var støttende overfor hverandre. Alvor og humor preget samtalen dem imellom. Flere informanter ga uttrykk for at det var godt å treffe andre i samme situasjon som hadde like erfaringer.

Etiske overveielser

Studien ble tilrådd av Regional komité for medisinsk forsknings-etikk (REK) og Datatilsynet via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det ble inn-

hentet tillatelse fra sykehusledelsen før prosessen med å rekruttere informanter tok til. Deltakerne fikk tilbud om samtale med sykepleiere ved hjerteovervåkingen i etterkant av intervjuene. Ingen av informantene benyttet seg av dette tilbudet.

ANALYSE

Analysen tok utgangspunkt i intervjuguidens hovedtema, slik Knodel forslår (18). Deretter ble hvert tema analysert etter inspirasjon fra Giorgis systematiske tekstkondensering over fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (19). Selv om tema delvis er bestemt på forhånd, ønsker forskeren likevel å få fram det som deltakerne oppfatter som vesentlig innenfor den aktuelle tematikken. Hovedtema ble den akutte fasen og tiden hjemme. Informasjon hadde betydning for informantene i begge fasene. De meningsbærende enhetene i begge fokusgruppene ble identifisert og systematisert som kategorier under hovedtema.

RESULTATER

Intervjuguiden tok primært utgangspunkt i tiden etter sykehusoppholdet, men det viste seg raskt at informantene så den akutte fasen i sammenheng med rehabiliteringsfasen. Informantene hadde behov for informasjon knyttet til undersøkelser, behandling i akuttfasen og til hvordan de skulle forholde seg når partneren kom hjem fra sykehuset. Ektefellenes erfaringer viste hele spekteret fra å ha fått god informasjon til ingen informasjon. Analysen resulterte i følgende tema: *Informasjon versus samtale, De «usynlige pårørende», Savn av helhetlig informasjon.*

Informasjon versus samtale

Det var relativt tydelig at ektefellene oppfattet informasjonen de fikk fra sykepleier og lege forskjellig, som henholdsvis informasjon og samtale. Faktakunnskaper og konkrete opplysninger gitt av legene ble oppfattet som informasjon. Denne var knyttet til prøvesvar, undersøkelser og funn i akuttstadiet eller i forbindelse med utredning og påfølgende behandling, men også knyttet til generelt levesett, som for eksempel behovet for røykekutt. Informantene ga uttrykk for å ha fått god informasjon både i forkant av og i forbindelse med undersøkelser og inngrep. Å være informert ga dem følelse av trygghet og

” Hovedsakelig var ektefellene fornøyde med den informasjonen de hadde fått.

kontroll i situasjonen. En kvinne fortalte hvordan legen hadde tegnet hjertet og forklart hvilke årer som var tette og hva de hadde gjort ved PCI. For en av kvinnene betydde beskjeden om at hun og mannen ikke trengte å legge om kostholdet svært mye for hvordan hun taklet livet i etterkant av sykehusoppholdet. Det ga henne trygghet for at livet kunne normaliseres. Informantene prøvde å etterfølge legens råd og så på ham/henne som eksperten.

Samtalene med sykepleierne derimot, ble ikke først og fremst oppfattet som faktainformasjon, men heller som omsorgsfull støtte og oppfølging. De karakteriserte dem som hjelpelige og imøtekommende. Dette gjorde seg særlig gjeldene ved hjerteovervåkingen ved sykehuset der studien

ble utført: «Men jeg må beundre ... jeg synes de var helt fantastiske der oppe på sykehuset. De var utrolig flinke synes jeg ... den flotte tonen. De var og spurte hele veien om alt var ok. De brydde seg. Kjempeflotte folk, altså!»

En informant uttrykte at sykepleierne «snakket og fortalte» og da særlig knyttet til her og nå situasjonen, men han savnet mer inngående informasjon om hva som skjedde og hvorfor.

De «usynlige pårørende»

Hovedsakelig var ektefellene fornøyde med den informasjonen de hadde fått. Et par ektefeller sier de ikke hadde fått noe eller svært lite informasjon ved universitetssykehuset og hjerteovervåkingen. Disse informantene ga uttrykk for at de syntes det var sårende å ikke få samme informasjon som andre. Allikevel opplevde de sykepleierne som hyggelige og imøtekommende. Partneren deres hadde fått informasjon alene i form av samtale med legen, eller de så informasjonsvideo om sykdomsforløpet uten at ektefellene ble trukket inn. Ektefellene etter spurte ikke selv informasjon: «Jeg fikk absolutt ingen informasjon fra noen (sukker). Ikke i det hele tatt! Ved universitetssykehuset var vi ikke så mange timene. ... Vi ble godt mottatt der og fikk mat og alt når vi kom der ... Jeg snakket ikke med noen jeg faktisk, med sykepleier eller lege. Det synes jeg er litt merkelig. Det er ... (kremter). Jeg er litt skuffa. Jeg har sagt det til mannen min mange ganger nå.»

Savn av helhetlig informasjon

I det akutte forløpet ved innkomst til sykehus var informantene mest opptatt av informasjon knyttet til partnerens tilstand og til aktuelle prøver, undersøkelser og behandling. Da pasienten var på bedringens vei var fokus mer på rehabiliteringsfasen, men her

var det flytende overganger. Informasjonen de fikk på sykehuset oppfattes som fragmentert, og de savnet en mer helhetlig informasjon med tanke på den første tiden hjemme. De påpekte at det var tid og rom på hjerteovervåkingen for dem som ektefeller til å få slik informasjon, men de ble ikke alltid fulgt opp av personalet. De ønsket og hadde behov for å få samme informasjonen som ektefellen, få være med i den prosessen hele veien. Informasjonen burde inneholde elementer som kosthold, medisiner (virkning, bivirkning), aktivitet, sykemeldingens lengde, innkalling til legeundersøkelse etter hjerteinfarkt, undersøkelser og trygdeordninger og så videre. Flere mente slik informasjon ville gjort tiden etter sykehusoppholdet enklere for dem. Fokus var det akutte forløpet med utredning og behandling, lite om rehabiliteringsfasen. Ektefellene var opptatt av å se helheten i forhold til tiden hjemme. Det var ikke tilstrekkelig med kun muntlig informasjon: «For jeg husker rett før de ble skrevet ut ved hjerteovervåkingen så var det ting hun nevnte, en av sykepleierne der, sånt som du helst ikke skulle spise. Så vet du det akkurat der og da, men så glemmer du det, ikke sant!»

De hadde også behov for andre informasjonskanaler som beskriver hvilke aktiviteter som kan gjøres, hvordan medisiner, kost og så videre kan tilpasses den enkelte. Eksempelvis kan det se ut som det var lite planlagt hvilke pasienter, og deres ektefeller, som fikk tilbud om å se informasjonsvideo om akutt hjerteinfarkt i etterkant av infarkt eller informasjonsvideo om angiografi og PCI i forkant av undersøkelsen, behandlingen. Kun ektefeller hvor partneren hadde gjennomgått myocardin-farkt fikk tilbud om to dagers hjertekurs ved Lærings- og mest-

ringssenteret tilknyttet sykehuset. Disse ektefellene vektla hvor mye denne informasjonen betydde for dem for å kunne håndtere den første tiden hjemme på en god måte. Kurset inneholdt tema som hjerteinfarkt, medikamenter, kost og fysisk aktivitet.

DISKUSJON


Behovet for informasjon var stort hos ektefellene og må sees på som grunnleggende for at de skulle kunne oppleve trygghet både under sykehusoppholdet og den første tiden hjemme. Ektefellene opplevde sykepleierne som omsorgsfulle og støttende selv der de fikk lite eller ingen informasjon. Studien viser hvor ulikt ståsted ektefellen og sykepleier har. For ektefellen var sykehusoppholdet en hendelse preget av tidligere erfaringer, sykdommens alvorlighetsgrad og tanker, bekymringer for framtiden. Dette hang sammen i en helhet. Sykepleiernes hverdag var derimot preget av ulike situasjonsbestemte gjøremål samt å kunne handle raskt i forhold til endringer i alvorlige syke pasienters situasjon. Sykepleieren var ikke alltid like kjent med pasientens forhistorie og hjemmeforhold. Dette vises igjen ved at informasjonen først og fremst ble gitt der og da som en del av sykepleierens gjøremål.

Informasjonens innhold – tilfeldig eller planlagt, bevisst eller ubevisst?

Studien viser at i den akutte fasen ønsket ektefellen informasjon om partnerens tilstand, prøver, undersøkelser og behandling. Da partneren var på bedringens vei hadde ektefellen andre behov for informasjon knyttet til rehabiliteringsfasen. Sykepleiernes informasjon var ofte spontan og uformell. Ektefellene brukte uttrykk som «å forklare i situasjonen der og

da». Det kan synes som sykepleierne hadde liten helhetlig plan og dermed kunne informasjonen oppleves som fragmentert og lite planlagt. Mye informasjon i den akutte fasen kan virke overveldende. Ektefellene møtte ofte nye problemstillinger den første tiden hjemme. De som fikk tilbud om hjertekurs ved Lærings- og mestringssenteret følte seg ivaretatt i rehabiliteringsfasen.

Studien viser at selv om ektefeller kan oppleve sykepleierne som hyggelige og greie, kan de hevde å ha fått ufullstendig eller ingen form for informasjon. Kanskje skilte ikke sykepleiere nok mellom det som var informasjon og det som var en vanlig samtale? Kanskje oppfattet ikke ektefellene den uformelle samtalen som informasjon? Hovedsakelig opplevde ektefellene å få mye og god informasjon både av leger og sykepleiere under sykehusoppholdet. Et annet aspekt er at sykepleieren kan mene hun har gitt informasjon, men ektefellen har ikke oppfattet det slik. Ifølge Selmer (20) kan det være sprik mellom den informasjon sykepleiere gir og det pasientene svarer at de får. Pasienter forventer

 Sykepleiernes informasjon var ofte spontan og uformell.

å få informasjon fra legen, men de forventer ikke samme faglige informasjon hos sykepleierne, selv om det var dem pasientene snakket mest med. Pasientene sier de ikke får informasjon av dem (21). Dette vil også kunne gjelde for ektefellene i min studie. Et annet moment er om det å «fortelle der og da i situasjonen» er så integrert i sykepleieres måte å tenke på at

de ikke etterspør pasientens historie eller om ektefellen har oppfattet det som sies.

Legens informasjon ble av ektefellene oppfattet mer som undervisning. Den var tydelig, konkret og handlet hovedsakelig om prøver, undersøkelser og behandling i det akutte forløpet, PCI. De opplevde informasjonen som viktig, men ikke alltid like aktuell. Det gjaldt der legen la sterk vekt på røykekutt uten å spørre partneren om han/hun røykte. Betydningen av hjertekurs ble framhevet. En informant ønsket skriftlig informasjon. Slik informasjon kan være av det gode, men må ikke erstatte samtalen med pasienten. En for standardisert informasjon kan gjøre det vanskelig for ektefellene å se hva som er viktig i deres situasjon (22).

Den som ikke spør, får heller ikke svar?

En studie viser at sykepleiere legger lite vekt på hva som skjer med pasientene etter utskrivelse og at de ikke har konkrete mål for informasjon. Det er opp til den enkelte sykepleier å definere pasientens og ektefellens behov for informasjon (23). Konsekvensen kan bli at noen får mye og andre mangelfull informasjon, noe som kommer fram i min studie. To av informantene opplevde seg som «usynlige pårørende» ved at de ikke etterspurte eller fikk noen form for informasjon. Allikevel beskrev de sykepleierne som snille og imøtekommende, men travle. For den ene ble tiden hjemme vanskelig med mye engstelse på grunn av mange ubesvarte spørsmål knyttet til levemåte. Studier viser at pasienter som ikke spør får heller ingen svar. De legger ofte skylden på seg selv og ikke på helsepersonell. Pasienter kan dessuten føle seg utenfor, ikke ha kontroll ved å få utilstrek-

kelig informasjon om hva som skjer under sykehusoppholdet og om utskrivelse (21,24,25). Det er tankevekkende at ektefeller ikke våger å etterspørre den informasjonen de faktisk har krav på. Det kan se ut som om sykepleierne ikke helt ser på ektefellene som samarbeidspartnere og at deres ressurser kan nyttiggjøres.

Studiens begrensninger

Ved enhver studie er det viktig å være klar over begrensninger. Intervjuene fant i hovedsak sted seks til ti uker etter partnerens sykehusopphold. Ved valg av et annet tidspunkt, ville en muligens fått andre svar. Likevel er det grunn til å anta at informantenes sterke oppfatning av sammenheng mellom sykehusoppholdet og tiden etterpå ville framkommet også på andre tidspunkt. Studien omfatter kun to fokusgrupper med til sammen ni deltakere. Ved flere fokusgrupper hadde det sannsynligvis tegnet seg et tydeligere bilde av tematikken med mer detaljerte beskrivelser. Sammensetningen av informanter i fokusgruppene kan ha betydning. I en gruppediskusjon kan det forekomme at noen deltagere er mer førende enn andre for hva som taes opp og snakkes om. Selv om en fikk inntrykk av at alle kom til orde, også der det var uenighet, kan det ikke utelukkes at noen informanter kan ha holdt tilbake meninger som kunne hatt betydning for studien. Det ble vanskelig å få fram kjønnsforskjeller siden kun en mann meldte seg. Likevel er det grunn til å hevde at studiens resultater har relevans for sykepleiere som er i kontakt med ektefeller til hjerteinfarktpasienter både ved hjerteovervåkinger og ved lærings- og mestringssentre. Det kan dessuten trekkes paralleller til pasienter med andre akutte sykdommer og deres ektefeller.

KONKLUSJON

Studien viser at ektefellene hovedsakelig følte seg ivaretatt på sykehuset og taklet partnerens rehabiliteringsfase på en god måte. Det er tydelig at ektefellenes opplevelser av den akutte fasen hang nøye sammen med og var avgjørende for hvordan de mestret den første tiden hjemme. Blant annet syntes det å være avhengig av den informasjonen de mottok under sykehusoppholdet. Ektefellene hadde behov for annen type informasjon i akuttfasen enn ved hjemreise fra sykehus. Det er derfor behov for mer planlagt og helhetlig informasjon. Ektefeller som ikke etterspør har også krav på slik informasjon. Det vil være til hjelp for ektefellen om sykepleiere er tydeligere på når de informerer og når de kun samtaler.

Studiens implikasjoner for klinisk praksis kan være at sykepleiere i møte med hjerteinfarktpasienter og deres ektefeller tar utgangspunkt i ektefellenes egne behov, også hos de som ikke etterspør informasjon, slik at ektefellene skal være i stand til å takle sin nye livssituasjon på en god måte. Informantene har selv kommet med konkrete forslag til informasjonens innhold. De ønsker større vektlegging av den første tiden hjemme med råd om kosthold, fysisk aktivitet, informasjon om virkning og bivirkning av medisiner for å nevne det viktigste. Det å ha kjennskap til hva et hjerteinfarkt er, har betydning for dem. Hjertekursene ved Lærings- og mestringssenteret ønskes tilgjengelig for alle hjerteinfarktpasienter og deres ektefeller.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Pasientstatistikk, 2006. Flere innleggelses for hjerteinfarkt, 2006; <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/main.html>.
2. Eikeland A, Gimnes M, Holm HM. Sirkulasjonssvikt. I: Gulbrandsen T, Stubberud D, editors. Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005.

3. Van Horn E, Fleury J, Moore S. Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. *Heart Lung* 2002;31(3):186-198.
4. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. *J.Cardiovasc.Nurs* 1999;13(3):73-82.
5. Svedlund M, Danielson E. Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *J.Clin.Nurs* 2004;13(4):438-446.
6. Kristofferzon M, Lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J.Adv.Nurs* 2003;44(4):360-374.
7. Santavirta N, Kettunen S, Solovieva S. Coping in spouses of patients with acute myocardial infarction in the early phase of recovery. *J.Cardiovasc.Nurs* 2001;16(1):34-46.
8. Leske JS. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse* 2002; 22(N0. 6 December):61-65.
9. Leske JS. Overview of family needs after critical illness: From assessment to intervention. *AACN Clinical Issues* 1991;2(2):220-221-226.
10. Burr G, Severinsson E. Reaktionen och relationer i intensivvård : närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven. Lund: Studentlitteratur, 2001.
11. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, WeldViscount P. Group support for couples coping with a cardiac condition. *J.Adv.Nurs* 2001;33(2):190-199.
12. Westmacott J, Evans J, Turner S, Todd S, Bethell HJN, Baker N. Heartlearn: effects of a training session for relatives of myocardial infarction patients. *Coronary Health.Care* 1999;3(4):199-204.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Principles and Methods. Seventh edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
14. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage, 2000.
15. Bloor M. Focus groups in social research. London: Sage, 2001.
16. Brataas H. Fokusgrupper – en kvalitativ forskningsmetode. *Tidsskriftet Sykepleien* 2001;14:54-55, 56.
17. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2002.
18. Knodel J. The Design and Analyses of Focus group Studies. *Successful Focus Groups*. Morgan, David ed. California: Sage Publication, Inch; 1993.
19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. [2. utg.] Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
20. Selmer AW. Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. *Vård i Norden* 1997;17(1):11-17.
21. Selmer Å W. Pasientinformasjon: en rettighet: studie av pasienters erfaringer med å få informasjon under sykehusopphold. Trondheim: Å.W. Selmer, 1996.
22. Hannsen A, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;4:37-44.
23. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasienten dette? Feltstudie i en ortopedisk avdeling. *Vård i Norden* 1997;45(3):14-20.
24. Hansen BK, Lomborg K. Spouses' experiences when partners are admitted with AMI Danish. *Klinisk Sygepleje* 2006 Aug;20(3):12-20.
25. Eriksson U, Chiappe I, Sellström E. Att vårdas på sjukhus. Vad är pasienter missnöjda med? *Vård i Norden* 2003;68 [23]:36-39.



**Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's
stiftelse for forskning**

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftskaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader sendes som e-post med vedlegg i Word-format til forretningsfører, advokat Finn Kohmann, på post@finn-senioradvokat.no.

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.