

Hjerteinfarkt og posttraumatisk stressreaksjon: en kvalitativ studie

Eva Therese Næss ¹, June Straumsnes Lund ², Judith Margrethe
Jakobsen ³, Aina Iren Gulliksen Smines ⁴ og Geir Lorem ⁵

¹Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet
eva.t.nass@uit.no

²Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

³Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

⁴Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

⁵Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

Artikkelen er basert på en hovedoppgave innlevert ved UiT, Norges arktiske universitet 2021 av June Straumsnes Lund, Judith Margrethe Jakobsen og Aina Iren Gulliksen Smines. Næss og Lorem var veiledere på oppgaven. Studentene har gitt samtykke til at oppgaven omskrives til en artikkel, og er inkludert i forfatterlisten for sitt bidrag.

Hjerteinfarkt og posttraumatisk stressreaksjon: en kvalitativ studie

Hjerteinfarkt utgjør ikke bare en umiddelbar fysisk trussel, men også en betydelig psykisk belastning for de overlevende. Mange utvikler depresjon i etterkant av infarkt (Kjaergaard & al., 2014, Parashar et al., 2006). Epidemiologiske data antyder at hele 32,9 % av pasientene med hjerteinfarkt rapporterte om klinisk signifikante symptomer på angst og depresjon. Bruken av antidepressiver økte også betydelig seks måneder etter infarkt. I ulike studier fremkommer det at 47 % av pasientene rapporterer om depressive plager, og 15–18 % opplever en depressiv lidelse de første to månedene etter infarkt (Ziegelstein, 2001). I en studie oppfylte 45 % av pasienter innlagt på sykehus diagnosekriteriene for en depressiv episode tre–fire måneder etter infarkt (Schleifer & Macari-Hinson, 1989). Depresjon eller angst under innleggelse ved hjerteinfarkt utgjør en risiko for komplikasjoner (Huffman, Smith, Blais, Januzzi & Fricchione, 2008; Huffman, Smith, Blais, Taylor, et al., 2008).

En metastudie av Jacquet-Smailovic et al. (2021) viser at mellom 0–26 % utvikler akutt stresslidelse under sykehusinnleggelse eller en måned i etterkant av et hjerteinfarkt. Selv om en har overlevd et infarkt, kan redselen forbundet med denne erfaringen gi økt risiko for å få nye infarkt (Jacquet-Smailovic et al., 2021). Shemesh et al. (2001) fant at risikoen for nye infarkt hadde sammenheng med posttraumatisk stresslidelse. Det å ta medisiner i seg selv fungerer som en påminner av hva en har opplevd, og en ønsker ikke å bli minnet på erfaringen. Denne frykten gjør at noen ikke tar de foreskrevne medisinene (Shemesh et al., 2001). Posttraumatisk stresslidelse er i seg selv en risikofaktor for utvikling av hjertesykdom (Crum-Cianflone et al., 2014). Siden posttraumatisk stresslidelse kan oppfattes som depresjon eller angst i etterkant, er det en risiko for at tilstanden ikke blir forstått og behandlet adekvat, med store negative konsekvenser for livskvalitet, og for forebygging av nye infarkt (Molina et al., 2018).

Formålet med studien var å undersøke psykiske reaksjoner hos pasienter etter hjerteinfarkt, med vekt på posttraumatiske symptomer. Vi ønsket også å utforske hvordan helsetjenestene møtte pasientenes behov, spesielt med vekt på forebygging og oppfølging av stressrelaterte lidelser. Vi har benyttet semistrukturerte intervjuer for å forstå hjerteinfarktets påvirkning på pasientenes egen forståelse av psykiske helse, og deres vurdering av hvilke faktorer som kan forbedre rehabiliteringen.

Metode

Dette var en metodetriangleringsstudie (mixed methods) med et sekvensielt forklarende design. Vi gjennomførte utvelgelsen av deltakerne i to faser. Vi gjorde først bruk av data fra Tromsøundersøkelsen, der vi valgte personer som var registrert med både hjerteinfarkt og klinisk signifikante angst- og depresjonssymptomer. Deretter gjennomførte vi en kvalitativ datainnsamling (Edmonds & Kennedy, 2016). En narrativ innfallsvinkel ble brukt i den påfølgende kvalitative delen, der et forklarende design ble benyttet (Frank, 2010; Riessman, 2008). Et forklarende design gir en redegjørelse for et fenomen ved å forklare hvorfor noe skjedde. Det vil si at intervju og analyse ble organisert slik at vi kunne utforske deltageres forståelse av årsakene til at psykiske vansker oppsto.

Deltakerne fylte også ut skjema for Traume og PTSD-screening (TRAPS), utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, basert på Stressful Life Events Screening Questionnaire (Goodman et al., 1998). Formålet med å screene med TRAPS var å undersøke prevalensen av posttraumatisk stresslidelse blant pasienter med myokardial infarkt samt å kartlegge mulige andre potensielle traumatiske livshendelser. Disse funnene er rapportert i en annen artikkel (Lorem et al., 2023). I denne artikkelen fokuseres det på den kvalitative undersøkelsen av deltakernes erfaringer med hjerteinfarkt.

Utvalg

Tromsø-studien er en prospektiv kohortstudie med syv gjentatte folkehelseundersøkelser, betegnet som Tromsø1–7, utført i 1974, 1979–80, 1986–87, 1994–95, 2001, 2007–08 og 2015–16. Den inkluderer store, representative prøver av befolkningen i Tromsø, med invitasjon av hele fødselskohorter og tilfeldige utvalg (Jacobsen et al., 2012). Vi brukte to utvalg rekruttert fra Tromsø-studiedeltakere (Tromsø7). Inklusjonskriteriene for vår undersøkelse var menn og kvinner med en bekreftet myokardial infarkt-diagnose. Fra totalt 818 deltakere med en slik diagnose blant Tromsø7-deltakerne identifiserte vi 208 personer med både hjerteinfarkt og betydelige symptomer på angst eller depresjon (Hopkins Symptom Checklist score > 1,65). De som fremdeles var i live ($n = 140$), ble kontaktet av Tromsø-studien med en skriftlig invitasjon til å delta i et oppfølgingsintervju. Å intervju deltakere med klinisk signifikante symptomer ga oss muligheten til å kartlegge symptomene, både

om de ennå var til stede, hva de eventuelt skyldtes, og hvorvidt de kunne knyttes til posttraumatisk stresslidelse.

Vi gjorde et strategisk utvalg ($n = 27$) av personer i alderen 40–99 år, 21 menn og 6 kvinner. Alle deltakerne har hatt hjerteinfarkt med etterfølgende sykehusinnleggelse. De hadde også rapportert klinisk signifikante psykiske symptomer ($n = 25$) eller psykiske symptomer av ulik alvorlighetsgrad ($n = 2$).

Intervju

Deltakerne deltok i et intervju rettet mot å identifisere hvordan hjerteinfarkt påvirket deres psykiske helse. Intervjuet var semistrukturert og inkluderte åpne spørsmål der deltakerne fortalte fritt om sine erfaringer med å få hjerteinfarkt. Videre fulgte intervjuer opp med spørsmål om psykiske reaksjoner, oppfølging fra helsetjenester og pårørendes rolle. Fem psykologer, fire kvinner og en mann, gjennomførte de kvalitative diagnostiske intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i universitetets lokaler, mens et mindretall av intervjuene ble gjort per telefon eller hjemmebesøk. Kun intervjuer og deltaker var til stede i rommet mens intervjuet ble utført. Intervjuene hadde ulik varighet, hvor det korteste var på 20 minutter, og det lengste på 1 time og 7 minutter. Gjennomsnittlig lengde var 47,4 minutter.

Analyse

Intervjuene ble transkribert verbatim, altså ord for ord, med utgangspunkt i en felles utarbeidet veileder (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi fikk totalt 391 sider transkripsjon, som ble lagt inn i Nvivo der datamaterialet ble analysert. Vi benyttet innholdsanalyse, hvor målet var å systematisere beskrivelser av innholdet i data (Riessman, 2008; Saldaña, 2021; Strand et al., 2003).

Analysen ble gjennomført i tre faser. Først den deskriptive fasen, der vi hadde søkelys på hvert enkelt intervju. Vi leste gjennom intervjuene, kondenserte innholdet i meningsbærende enheter og tematiserte innholdet. Hensikten var å få oversikt over de enkelte intervjuene. I andre fase kategoriserte vi data i koder i Nvivo, et program som støtter organisering og analyse av kvalitative data. Formålet var å skape oversikt over materialet som helhet, ved å kategorisere kodene gjennom flere runder og for å se sammenhenger i intervjuene. Til slutt tolket vi innholdet i temaene i lys

av forskningsspørsmålene, ved å fremheve datainnhold som var relevant for temaet vi ønsket å undersøke. Analysen er datastyrt, der kodene har sitt utspring i deltakernes perspektiver og beskrivelser av erfaringer slik de er beskrevet i transkripsjonene (Riessman, 2008; Strand et al., 2003).

Etikk

Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskingsdata (saksnummer 283945), og er godkjent av Regional etisk komite (saksnummer 199331). Deltakerne ble informert om muligheten til å trekke seg til enhver tid frem til intervjumaterialet var inngått som en del av analysen. De var orientert om formålet med studien og bruken av data. Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at identifiserbare opplysninger som person- og stedsnavn ble fjernet, og deltakerne ble referert til ved en tallkode. Vi forholdt oss til helseforskningsloven, Helsinkideklarasjonens og Vancouverkonvensjonens retningslinjer for forskning.

Da intervjuene omhandlet mulige traumatiske hendelser for deltakerne, var ivaretagelse av deres helse og velvære sentralt gjennom hele prosessen. De kunne velge hvor mye de ønsket å dele, og fikk ved behov emosjonell støtte under intervjuet og informasjon om tilgjengelige helsetilbud. Deltakere med symptomer på posttraumatisk stresslidelse eller andre betydelige psykiske symptomer fikk tilbud om bistand til å søke helsehjelp.

Funn

Resultatene av analysene viser tre hovedtemaer: opplevelse med hjerteinfarkt og psykiske reaksjoner, erfaringer med helsevesenet, spesielt hjerterehabilitering, og betydningen av god helseinformasjon under og i etterkant av innleggelsen.

Opplevelse med hjerteinfarkt og psykiske reaksjoner

Hjerteinfarkt medførte ofte sterk frykt, psykisk ubalanse og nedstemthet, med bekymringer og stor usikkerhet rundt hva som var trygt å gjøre i hverdagen. Nesten halvparten av deltakerne ble urolige og engstelige, de ble redd for nytt infarkt og engstelig for å være alene i tilfelle de skulle få et illebefinnende. De ble spesielt engstelige av å belaste kroppen og å trene, fordi de ble usikre på hva kroppen tålte etter infarkt.

De mistet trykghetsfølelsen i egen kropp, slik som en deltaker beskrev:

Da visste jeg ikke hva jeg turte, jeg turte nesten ikke å gå. (...) Ja, jeg kjente på det for jeg hadde ikke fått noe informasjon, at jeg, om jeg kunne gå, om jeg skulle trene meg opp eller, det var helt sånn. (...) Jeg ble jo veldig, jeg ble jo redd og nervøs kjente jeg. (...). Da begynte det jo å kverne at nå blir man ikke å overleve det å komme seg hjem og- [Intervjuer: Ja, ja, du tenkte at du skulle, at du kom til å dø der nede?] Ja (Deltaker 2)

Konsekvensen var at noen i størst mulig grad unngikk å belaste kroppen. Smerter eller høy puls kunne oppleves som skremmende påminnelser om infarkt.

Redsel for å få nytt hjerteinfarkt gjorde at de kjente etter signaler i kroppen som kunne tilsi at det var et nytt infarkt på vei, og de skremte seg selv opp med tanker rundt dette:

Ja, så eh dro jeg hjem, jeg var livredd. (...) Jeg var HEELT livredd, jeg trodde at jeg kommer til å få bare hjerteinfarkt, og bare kjente hvis det var litt vondt en eller annen plass, for jeg klarte ikke å definere hvor smerten var. (...) Om det var smerte. Så trodde, nå hadde jeg hjerteinfarkt, nei nåå (Deltaker 5)

Denne skanningen etter symptomer gikk ut over dagliglivet til deltakerne og kunne gjennomsyre tilværelsen deres. Det ga uro, kroppslige symptomer og gikk ut over stabiliserende faktorer slik som søvn:

Altså, jeg blir jo veldig urolig i kroppen. Hjerterbank, altså det, det kjennes jo som hjerterbank. Men jeg har ikke så voldsomt forhøyet puls eller noe, men i hele magen, i hele midtregionen der begynner å dunke og. Så jeg kan være urolig, jeg kan gå hvileløst og, sånn får ikke sove om natta og liksom. Ja, går rett og slett til jeg er så sliten at jeg sovner av i stolen. (Deltaker 26)

For noen medførte det å ha hatt hjerteinfarkt endret syn på seg selv og sine muligheter. En deltaker beskrev det som å føle seg som en annen person nå enn før infarkt da han ikke klarte det samme som før:

Så jeg har jo blitt en helt annen person. Og folk synes kanskje det er rart at jeg ikke greier å få utført ting og tang. Men det sier stopp, altså. Så kroppen sier stopp. (...) Jeg ser ting mye vanskeligere i dag. Det gjelder bagatellmessige ting, altså. (...) Bare det at jeg skal ut å reise, altså, kompliserer det. Altså, det er helt sykt. Jeg bodde jo mange år på fly, og har jo ingen problem med å (...) også kaver man det til på en måte. (...) Så jeg er nok en helt annen person enn jeg var. (Deltaker 15)

Måten en forholdt seg til plagene på og rammet det inn for seg selv, kan også ha en forebyggende betydning for den totale erfaringen. Flere deltakere har brukt aksept for helsesituasjonen og hjertesykdommen som en mestringsstrategi. En deltaker la i tillegg til aksept vekt på å ha tillit til helsepersonell:

Hvordan jeg reagerte? Jeg reagerte, nei, jeg tenkte at dette fikser dem, og dem er flink og. Jeg har jo vært frisk helt til inntil da, så hvorfor? Det var jo ikke noe alarm dette her. (...) Så da trengte, jeg tenkte ikke mye. Det var, jeg aksepterte det faktisk veldig. (Deltaker 3)

Noen søkte å distansere seg fra sykdommen, gjennom å gjøre sykdomsfortellingen til et slags praktisk anliggende, noe som kunne bidra til å roe ned kroppen og begrense bekymringer. I tillegg forsøkte noen å sette sykdommen inn i et mer folkelig språk, og lage et forståelig rammeverk med bruk av ulike metaforer på egen sykdom:

Det å få teppet revet under føttene på deg. Det er en beskjed som du forventer, men likevel blir slått i bakken av at det er som du mistenkte. (...). Den følelsen hadde jeg også da jeg ble trillet ned på sengeposten, og den satt i i noen timer etter, før den gikk over. Etter hvert gikk den over, den gikk over i en slik, 'ja, men nå er det jo, nå er det jo fiksa, røreleggeren har vært her og det kommer til å gå bra'. (Deltaker 23).

Erfaringer med helsevesenet

Beskyttende faktorer under sykehusinnleggelse

Deltakerne opplevde at helsepersonells ivaretagelse og omsorg under innleggelsen hadde stor betydning for hvordan oppholdet på sykehuset har satt seg i minne. Også støtte fra medpasienter var viktig for opplevelsen av innleggelsen, likeså en rask og godt organisert somatisk behandling.

Noen deltakere har nesten utelukkende gode erfaringer med sykehusoppholdet, både organiseringen og den helhetlige opplevelsen av innleggelsen. En deltaker beskrev hvordan sykdommen i seg selv var belastende, men at ivaretagelsen og organiseringen likevel sørget for at innleggelsen bar preg av positive minner:

Jeg hadde jo vondt, men de var jo veldig rolige folk, og de er flinke folk borte på ((sykehus)), det er altså helt sikkert. (...). Og vi var snart koblet i sammen en gjeng som var nyoperert i lag, kan du si, vi måtte jo nesten jages til sengs, da, vet du. (...) Vi ble sittende og prate. Det var et kjempeopphold der (Deltaker 18)

Betydningen av god helseinformasjon

Belastende faktorer under sykehusinnleggelse

Flere beskrev det som belastende at det var lite eller uoversiktlig oppfølging under innleggelse, med manglende plan for utredning og behandling under oppholdet, og videre plan for utskrivelse. Flere savnet en tettere oppfølging av personalet, med den tryggheten det kan gi. En deltaker beskrev hvordan hun hadde behov for å bli fulgt bedre opp da hun var tydelig preget av situasjonen, og hvor mye det betydde for henne med den ene sykepleieren som hun opplevde at faktisk så henne.

Vurdering av oppfølgingen etter utskrivelse

Flere deltakere mente at helsepersonell ikke er tilstrekkelig oppmerksom på psykiske plager som kan oppstå under og i etterkant av innleggelsen. Mange beskrev et ønske om et samtaletilbud, da de en tid etter utskrivelsen fikk tanker og følelser de hadde behov for å sette ord på sammen med en fagperson. Mange opplevde i stor grad å bli overlatt til seg selv, uten å få tilbud om å samtale rundt håndteringen av den nye livssituasjonen, slik som denne deltakeren beskriver:

Nei, når man var såpass ung som man var, så skulle man kanskje ha hatt noe mer oppfølging akkurat der og da på den biten. (...) Ja. 'Hvordan har du det? Og hva

tenker du? Hva tror du fremtiden blir?’ Det ble aldri analysert, eller snakka om. Eller tatt, ja. Så det ble jo mye ‘klar deg selv’ (Deltaker 24)

Flere deltakere beskriver hvordan det etter infarkt oppstår tanker og reaksjoner som er nye og ukjente. Å få informasjon om normale psykiske reaksjoner ble foreslått av flere som et mulig tiltak for å være bedre forberedt på reaksjonene som kan komme. Noen ønsket også et psykologisk oppfølgingstilbud etter hjemreise. En deltaker beskrev hvordan oppmerksomheten naturlig kan være på fysisk helse mens den somatiske behandlingen foregår, men at psykiske reaksjoner kommer i etterkant.

Betydningen av hjerterehabilitering

I etterkant av hjerteinfarkt fikk mange tilbud om å delta i rehabilitering. Samtidig rapporterte flere deltakere om en sterk frykt for nytt infarkt som begrenset dem i hverdagen før de kom på rehabiliteringen. De hadde vært forsiktig med å belaste kroppen, fordi de ikke visste hva som var trygt. En deltaker beskrev hvordan frykten, som var så sterk og begrensende i hverdagen, ble tydelig redusert etter rehabiliteringen:

Det var jo en redsel hele tiden at det skulle skje på nytt igjen det der, for det var veldig smertefullt det der. Nei, det var bare å peise på, og det gikk bra (...) livredd for å gjøre alt mulig, vet du. Gikk der og ..., og ikke turte å gjøre noen ting. (...) så sa de at ‘du skal bare, bare stå på’. (...) Etter en måned så gikk det faktisk bort det der (...)
(Deltaker 4)

Noe flere deltakere trakk frem, var at det å ikke være alene var avgjørende for at de våget å presse kroppen under rehabiliteringen. De opplevde en tillit til de som arbeidet der, at helsepersonellet hadde kunnskap og kontroll i situasjonen. De brukte tid på å forklare deltakerne hva som skjedde, og ble viktige støttespillere i prosessen der deltakerne utfordret kroppen. En deltaker beskrev det slik:

Nei, altså for det første så vil jeg si hvordan for å bli kjent med din egen kropp, hva den tåler etter en sånn påkjenning etter hva du har vært igjennom. Og den tryggheta rundt det. Den synes jeg kanskje er den viktigste. (Deltaker 15)

Rehabiliteringen skapte tid og rom for å dele erfaringer med andre, noe som betydde mye for deltakerne. De opplevde også redusert frykt og engstelse etter rehabiliteringen ved at de opplevde seg trygg og ivaretatt. Dette bidro til at de mestret å presse grensene sine og derigjennom tok tilbake kontrollen over kroppen.

Diskusjon

Hjerteinfarkt opplevdes for mange dramatisk og så belastende at det satte begrensninger for deres hverdagsliv og funksjon. Psykologisk oppfølging, sosial støtte og formidling av helseinformasjon var de viktigste faktorene de trakk fram. Når disse faktorene var til stede, virket de beskyttende. Når de var fraværende, økte de belastningene i møtet med helsevesenet. Tilstrekkelig og adekvat helseinformasjon var viktig for opplevd forutsigbarhet og kontroll over egen helse.

Hjerteinfarkt og stressrelaterte reaksjoner

Alle deltakere fortalte at de hadde opplevd engstelse, frykt eller nedstemthet. Flere beskriver stressrelaterte symptomer i etterkant.

Våre deltakeres rapport om symptomer er i tråd med forskning på området, som oppgir at pasienter med hjertesykdom kan oppleve psykiske reaksjoner tiden etter et hjerteinfarkt, også flere år etter hendelsen (Edmondson & Cohen, 2013; Tully et al., 2014). Edmondson og Cohen (2013) viser til forskning der mer enn én av åtte pasienter fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse etter akutt hjertesykdom. Screening og kartlegging som fanger opp psykiske symptomer og bidrar til adekvat behandling, er derfor av stor betydning. (Edmondson & Cohen, 2013)

Hjerteinfarkt kan oppleves som en livstruende hendelse og dermed være traumatisk. Lorem et al. (2023) fant at hjerteinfarkt i seg selv ikke var knyttet til posttraumatisk stresslidelse, men den totale eksponeringen for potensielt traumatiske hendelser var forbundet med ulike symptomer på posttraumatisk stresslidelse. TRAPS-screeningen i vår studie viste at over halvparten oppgir livstruende sykdom som en traumatisk hendelse. Likevel snakker nesten halvparten av dem om andre traumer som de primære belastningene, for eksempel alvorlige ulykker, vold, overgrep, familiekonflikter og andres død. Prevalensen var signifikant høyere enn i normalbefolkningen, men det var likevel ingen assosiasjon mellom hjerteinfarkt og sykdomstraumer. Forskning gir støtte for at gjentatte traumatiserende opplevelser kan føre til uhelse (Hughes et al., 2017), og kumulative traumatiserende opplevelser kan føre til re-traumatisering og gi økt sårbarhet for posttraumatisk stresslidelse (Alonzo, 2000). Vi fant at sannsynligheten for å utvikle posttraumatisk stresslidelse steg proporsjonalt med antall potensielt traumatiske hendelser personen var eksponert

for. Hjertesykdommen var altså ofte en hendelse sammen med andre uønskede livserfaringer, hvor den totale belastningen av alle hendelsene har størst betydning for deltakerne (Lorem et al., 2023).

Det er derfor rimelig å tenke at deltakerne som rapporterte tidligere traumatiske hendelser, var ekstra sårbare for re-traumatisering da de fikk hjerteinfarkt. Flere deltakere rapporterte milde, moderate og alvorlige symptomnivåer for mulig posttraumatisk stresslidelse, enten i tilknytning til det spesifikke hjerteinfarkt eller i kombinasjon med tidligere traumatiske hendelser. Det finnes evidens som indikerer at det er relevant å se på posttraumatisk stresslidelse i sammenheng med hjerteinfarkt (Edmondson et al., 2013). Tverrsnittsdata gjør det umulig å fastslå om posttraumatisk stresslidelse oppsto som følge av infarkt, eller om de hadde posttraumatisk stresslidelse på forhånd. Flere av deltakerne rapporterte om unngåelsesatferd, som er et av symptomene forbundet med posttraumatisk stresslidelse, særlig når atferden er knyttet til å unngå reaksjoner knyttet til hendelsen (Anstorp & Benum, 2014; Edmondson et al., 2012).

Flere studier av pasienter med hjerteinfarkt og posttraumatisk stresslidelse fremhever unnvikelsesatferd, og at slik atferd kan bidra til at noen pasienter unngår å ta medisiner eller oppsøke helsehjelp (Shemesh et al., 2001). Våre deltakere fortalte at de unngikk situasjoner som minnet dem på hjerteinfarkt. De turte for eksempel ikke å bli andpusten og få høy puls og ble redd for å trene. Den fysiologiske aktiveringen som utløste minnene om den traumatiske hendelsen, ga uro og engstelse. Tanker om infarkt kunne også føre til engstelse som ga hjertebank, og dette ble en ond sirkel der all fysiologisk aktivering ble assosiert med hjerteinfarkt. Reaksjonene deltakerne opplevde, gikk ut over hverdagsliv og funksjon, noe som kan være et tegn på at stresset er traumatisk (RVTS, 2024). Vanskene ble tydelige ved at den fysiske og psykiske helsen skapte begrensninger i forbindelse med jobb, og deltakelse i aktiviteter, fysisk aktivitet og sosiale relasjoner. De store konsekvensene plagene hadde for deres hverdag, og begrensningene det medførte, viser omfanget av reaksjonene. De psykiske reaksjonene førte til at deltakerne isolerte seg fordi de ble redd for å utføre aktiviteter som de ikke opplevde som farlig før hjerteinfarkt.

I et forsøk på å håndtere reaksjonene beskriver deltakerne ulike mestringsstrategier. Likevel har flere av dem psykiske vansker i lang tid etter infarkt. Konsekvensen kan bli vedvarende plager i årevis (Ikin et al., 2010), som kanskje ikke går bort uten at personen får adekvat hjelp. Flere av deltakerne etterlyser mer psykologisk hjelp og oppfølging fra fagfolk.

Møtet med helsetjenesten

Flere deltakere savnet samtale og støtte av helsepersonell under og etter innleggelsen. Ved at helsepersonell ikke tematiserte hjerteinfarkt og den akutte behandlingen som en mulig dramatisk opplevelse, opplevde flere deltakere at deres reaksjon var overdrevet. Denne opplevelsen kan forsterke stresset deltakerne allerede hadde i forbindelse med infarkt. I våre deltakeres tilfeller framstod det som helsepersonellet i liten grad fanget opp pasientenes opplevelser og behov.

Mangel på tid og ressurser kan også ha satt begrensninger for hvor tett helsepersonell hadde mulighet til å følge opp pasientene. Travle sykehusavdelinger og manglende emosjonell validering gir økt risiko for at pasienter med hjertesykdom utvikler posttraumatisk stresslidelse (Meister et al., 2016; Molina et al., 2018). Tidlige psykologiske intervensjoner kan derfor være avgjørende for å forebygge symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Peris et al., 2011).

For at helsepersonell skal kunne bidra til å redusere traumatisk stress hos pasientene, forutsetter det at de har nødvendig opplæring og kunnskap om posttraumatisk stresslidelse. De bør kjenne til hvordan stressbelastninger kan øke sårbarheten for ettervirkninger etter traumatiske hendelser, og hvordan de ved emosjonell støtte og god informasjon kan forebygge slike ettervirkninger.

Å spørre pasientene direkte hva de bekymrer seg for, gir pasientene anledning til å dele sine opplevelser og få validering på dette. Da kan pasienten bli mer bevisst på sine reaksjoner, og ha lavere terskel for å ta kontakt ved behov for psykologisk helsehjelp senere. Helsepersonellet får samtidig en bedre forståelse av hva pasienten har behov for av oppfølging og informasjon, noe som er viktig siden det screenes lite for psykiske vansker på sykehus i tilknytning til hjertesykdom (Berge et al., 2019). Screening og psykologisk oppfølging burde derfor inkluderes i helsetjenesten fra første kontakt med tjenesten.

Mange av deltakerne beskriver overgangen fra sykehus til hverdagen hjemme som krevende og vanskelig, noe som understreker viktigheten av å følge opp pasientene også etter utskrivelse. Deltakerne kjente på usikkerhet og frykt ved å selv ha ansvar og kontroll over kroppen uten å ha noen å spørre. Flere studier viser at sykehuset oppleves mer trygt, mens hjemmet blir til et utrygt sted, der en skal klare seg på egen hånd uten å vite helt hvordan (Aminda et al., 2005; Bremer et al., 2018).

Adekvat informasjon om fysisk aktivitet i perioden etter sykehusinnleggelse kan også være viktig for å dempe pasientenes frykt. Våre funn viser at deltakerne opplevde redsel for å være i fysisk aktivitet da de engstet seg for nytt infarkt, og engstelsen utgjorde en stressbelastning for dem. Stress

er i seg selv risiko for nytt infarkt (Jackson et al., 2018). Samtidig reduserer fysisk aktivitet stress (Huang et al., 2013) og bidrar til bedre psykisk helse. Tilstrekkelig informasjon var positivt for våre deltakere. De visste hvordan de skulle ta vare på helsen, da helsepersonell hadde informert dem om hva som er viktig for dem å gjøre hjemme. God og tilrettelagt informasjon kan bidra til myndiggjøring (empowerment) av deltakerne der de i større grad kan ta kontroll over egen helse.

Funnene i vår studie tyder på at rehabilitering bidro til bedret fysisk og psykisk helse, noe som samsvarer med annen forskning (Linden et al., 1996; O'Connor et al., 1989; Yohannes et al., 2010). Deltakerne fremhever betydningen av å kunne bruke kroppen med fysisk aktivitet under trygge omgivelser, for å bygge opp tilliten til kroppen igjen. Mange gikk fra å isolere seg hjemme eller unngå å bevege kroppen, til å igjen våge seg på trimtur alene i skogen. De måtte eksponere seg for det de fryktet; en kroppslig aktivisering som minner om symptomer på hjerteinfarkt. Ved at frykten reduseres, kan de være mer fysisk aktiv i hverdagen.

Noen deltakere opplevde at det var manglende psykologisk oppfølging under rehabilitering. Zatzick et al. (2013) viser at tilpassede intervensjoner med psykologiske tiltak kan knyttes til reduserte symptomer på posttraumatisk stresslidelse og styrket funksjon. Derfor er det viktig å kjenne til reaksjoner og vansker pasienter kan ha, og tilpasse rehabiliteringen og oppfølgingen til disse. Det er også viktig å gi god informasjon og å motivere pasienter med psykiske symptomer til å delta i rehabilitering.

Selv om rehabilitering ikke har som mål eller ansvar å behandle posttraumatisk stresslidelse eller andre psykiske lidelser, inneholder den viktige komponenter som kan ha effekt for disse pasientene, gjennom eksponering for frykten og inkludering i et sosialt fellesskap. Mange pasienter isolerer seg etter infarkt og ønsker ikke å belaste sine pårørende, og opplever derfor lite sosial støtte i hverdagen (Ziegelstein et al., 2000). Rehabilitering har en viktig rolle for å øke funksjonsnivå og livskvalitet, og er viktig både for å forebygge utvikling av posttraumatisk stresslidelse og som en behandling for dette når det har oppstått.

Ubehandlete psykiske symptomer kan skape uheldige fysiske konsekvenser. Derfor er det viktig å få fanget opp psykiske reaksjoner som oppstår i etterkant av infarkt. Slik kan pasientene få den behandlingen de trenger.

Å få hjelp til å takle redselen for å få nye infarkt vil kunne øke sannsynligheten for at pasienten gjør de nødvendige livsstilsendringene som vil forebygge nye infarkt, slik som økt fysisk aktivitet, kostholdsendringer, røykeslutt og å ta foreskrevne medisiner.

Konklusjon

Funnene i studien tyder på at pasienter som har hatt hjerteinfarkt, har behov for bedre oppfølging av psykiske reaksjoner i kjølvann av hjerteinfarkt. Angst og depresjon er mer undersøkt enn stressrelaterte lidelser i forbindelse med hjerteinfarkt. Våre funn tyder på at det er behov for å se på et bredere spekter av psykiske reaksjoner. For at alle skal kunne få et tilpasset hjelpetilbud, kreves det videre forskning på hvilke reaksjoner som kan forekomme. Funnene våre tyder på at møtet med helsetjenestene har stor påvirkningskraft til å bidra enten psykisk beskyttende eller belastende for sykdomsforløp hos pasienter med hjertesykdom. Mer forskning kreves for å undersøke helsetjenestenes betydning knyttet til hjerteinfarkt og akutt livstruende sykdom. Videre er det viktig med informasjon og opplæring til helsepersonell i hvordan hjertepasienter best kan møtes og følges opp med tanke på psykiske reaksjoner under innleggelsen, men også i etterkant.

Takksigelse

En stor takk til LHL lokalavdeling Tromsø som bidro med brukerrepresentant i planlegging av studien og formidling av prosjektet i ulike medier.

Referanser

- Alonzo, A.A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1475 - 1484. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00399-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00399-8)
- Aminda, H.T., Nordrehaug, J.E. & Hanestad, B.R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37 - 44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001>
- Anstorp, T. & Benum, K. (Red.) (2014). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Berge, T., Bull-Hansen, B., Solberg, E.E., Heyerdahl, E.R., Jørgensen, K.N., Vinge, L.E., Aarønæs, M., Øie, E. & Hyldmo, I. (2019). Screening for symptomer på depresjon og angst ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0570>

- Bremer, A., Dahné, T., Stureson, L., Årestedt, K. & Thylén, I. (2018). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, *130*, e122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.07.258>
- Crum-Cianflone, N.F., Bagnell, M.E., Schaller, E., Boyko, E.J., Smith, B., Maynard, C., Ulmer, C.S., Vernalis, M. & Smith, T.C. (2014). Impact of combat deployment and posttraumatic stress disorder on newly reported coronary heart disease among US active duty and reserve forces. *Circulation*, *129*(18), 1813 - 1820. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005407>
- Edmonds, W.A. & Kennedy, T.D. (2016). *An applied guide to research designs: Quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage Publications.
- Edmondson, D. & Cohen, B.E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, *55*(6), 548 - 556. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.03.004>
- Edmondson, D., Kronish, I.M., Shaffer, J.A., Falzon, L. & Burg, M.M. (2013). Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *American heart journal*, *166*(5), 806 - 814. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.07.031>
- Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A. & Neria, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PloS one*, *7*(6), e38915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038915>
- Frank, A.W. (2010). *Letting stories breathe: A socio-narratology*. University of Chicago Press.
- Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N. & Green, B.L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(3), 521 - 542. <https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- Huang, C.-J., Webb, H.E., Zourdos, M.C. & Acevedo, E.O. (2013). Cardiovascular reactivity, stress, and physical activity. *Frontiers in physiology*, *4*, 64619. <https://doi.org/10.3389/fphys.2013.00314>
- Huffman, J.C., Smith, F.A., Blais, M.A., Januzzi, J.L. & Fricchione, G.L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research*, *65*(6), 557 - 563. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.08.001>

- Huffman, J.C., Smith, F.A., Blais, M.A., Taylor, A.M., Januzzi, J.L. & Fricchione, G.L. (2008). Pre-existing major depression predicts in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatics*, 49(4), 309 - 316. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.4.309>
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Ikin, J.F., Creamer, M.C., Sim, M.R. & McKenzie, D.P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of affective disorders*, 125(1 - 3), 279 - 286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.005>
- Jackson, C.A., Sudlow, C.L. & Mishra, G.D. (2018). Psychological distress and risk of myocardial infarction and stroke in the 45 and up study: A prospective cohort study. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(9), e004500. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004500>
- Jacobsen, B.K., Eggen, A.E., Mathiesen, E.B., Wilsgaard, T. & Njølstad, I. (2012). Cohort profile: the Tromsø study. *International journal of epidemiology*, 41(4), 961 - 967. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr049>
- Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C. & Brennstuhl, M.J. (2021). Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 190 - 199. <https://doi.org/10.1002/jts.22591>
- Kjaergaard, M., Arfwedson Wang, C.E., Waterloo, K. & Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian journal of psychology*, 55(1), 83 - 89. <https://doi.org/10.1111/sjop.12090>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Learning the craft of qualitative research interviewing. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Linden, W., Stossel, C. & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745 - 752. <https://doi.org/10.1001/archinte.1996.00440070065008>

- Lothem, G.F., Næss, E.T., Løchen, M.-L., Lillevoll, K., Molund, E.-M., Rösner, A., Lindkvist, S. & Schirmer, H. (2023). Post-traumatic stress disorder among heart disease patients: a clinical follow-up of individuals with myocardial infarction in the Tromsø Study. *BMC psychiatry*, 23(1), 936. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05431-2>
- Meister, R.E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J.-P. & Von Känel, R. (2016). Perception of a hectic hospital environment at admission relates to acute stress disorder symptoms in myocardial infarction patients. *General hospital psychiatry*, 39, 8 - 14. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.004>
- Molina, C.S. P., Berry, S., Nielsen, A. & Winfield, R. (2018). PTSD in civilian populations after hospitalization following traumatic injury: A comprehensive review. *The American Journal of Surgery*, 216(4), 745 - 753. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.035>
- O'Connor, G.T., Buring, J.E., Yusuf, S., Goldhaber, S.Z., Olmstead, E.M., Paffenbarger Jr, R.S. & Hennekens, C.H. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80(2), 234 - 244. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.80.2.234>
- Parashar, S., Rumsfeld, J.S., Spertus, J.A., Reid, K.J., Wenger, N.K., Krumholz, H.M., . . . Dawood, N. (2006). Time course of depression and outcome of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 166(18), 2035 - 2043. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.18.2035>
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M.L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bendoni, E., Bacchi, I., Giovannini, V. & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care*, 15, 1 - 8. <https://doi.org/10.1186/cc10003>
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- RVTS. (2024). *Traumer og traumatisk stress*. <https://rvtsmidt.no/tema/traumer>
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage Publications.
- Schleifer, S.J. & Macari-Hinson, M.M. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149(8), 1785 - 1789. <https://doi.org/10.1001/archinte.1989.00390080059014>
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., Dinur, I., Blatt, A., Metzkor, M., Golik, A., Verd, Z. & Cotter, G. (2001). A prospective study of posttraumatic

- stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *General hospital psychiatry*, 23(4), 215 - 222. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00150-5)
- Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113 - 118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Tully, P.J., Cosh, S.M. & Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 439 - 448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Yohannes, A.M., Doherty, P., Bundy, C. & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19(19-20), 2806 - 2813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>
- Ziegelstein, R.C. (2001). Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *Jama*, 286(13), 1621 - 1627. <https://doi.org/10.1001/jama.286.13.1621>
- Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P. & Bush, D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1818 - 1823. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.12.1818>