



**PATIENTERS BEHOV AV INFORMATION  
I SAMBAND MED AKUT KORONART SYNDROM**  
En litteraturöversikt

**PATIENTS' NEED OF INFORMATION  
IN RELATION TO ACUTE CORONARY SYNDROME**  
A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 190614  
Kurs: VT19

Författare:  
Marie Blomqvist  
Linn Törnqvist

Handledare:  
Åsa Craftman

Examinator:  
Eva Skillgate

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I begreppet AKS ingår hjärtinfarkt och instabil angina. Hjärtinfarkt drabbar cirka 25 300 personer i Sverige årligen och för att förhindra återinsjuknande följer ett omfattande sekundärpreventivt arbete med start redan på sjukhuset. Sekundärpreventionen bygger på egenvård där information är en viktig komponent. Informationen berör många områden och syftar till att ge patienten förståelse och medverka till en förändrad livsstil. Cirka en tredjedel av patienterna som haft hjärtinfarkt når de nationella målvärdena för sekundärpreventionen. Tidigare forskning har visat att patienter upplever informationen under vårdtiden som otillfredsställande. Patienter som har dålig förståelse för sin hjärtsjukdom deltar också mer sällan i sekundärpreventiva behandlingsprogram. Personcentrerad vård har positiva effekter på följsamhet till behandling och behandlingens resultat. Individens förmåga att förändra sin situation påverkas också av graden av hälsolitteracitet och empowerment.

**Syfte:** Syftet var att beskriva behovet av information för att erhålla förståelse hos patienter med akut koronart syndrom från insjuknande till hjärtrehabilitering.

**Metod:** Mixad litteraturöversikt med systematisk sökstrategi. Totalt 16 artiklar inkluderades, lika många kvantitativa som kvalitativa artiklar. En integrativ analys av materialet utfördes i syfte att sätta artiklarnas resultat i relation till varandra samt identifiera likheter och skillnader. Därefter identifierades kategorier som beskriver de granskade artiklarnas resultat.

**Resultat:** I resultatet framkom tre huvudkategorier; all information är viktig, information genom hela vårdförloppet efterfrågas och anpassad information är meningsfull. Patienter ansåg inte att någon information var oviktig och information efterfrågades vid insjuknande även om den första tiden vid AKS präglades av chock. Även efter hjärtrehabilitering och två år efter AKS fanns behov av information om bland annat farmakologisk behandling, vilket också var det informationsområde som nämndes i flest studier. En återkommande fråga hos patienterna var varför AKS drabbat just dem. De önskade kongruens i information från olika källor och hade svårt att applicera standardiserad information på sin egna situation. De efterfrågade individuellt anpassad information som gavs när de själva var redo för det och som inkluderade anhöriga.

**Slutsats:** Behovet av information är omfattande och patienter ansåg inte att någon information var oviktig. Även information i ett skede som präglas av chock är efterfrågad och betydelsefull. Individuell information underlättar förståelse för relevans av livsstilsförändringar och möjliggör delaktighet. Informationsbehovet varierade över tid och kvarstod till viss del efter två år.

**Nyckelord:** AKS, Behov, Hälsolitteracitet, Information, Personcentrerad vård.

## **ABSTRACT**

**Background:** The term ACS includes myocardial infarction and unstable angina. Myocardial infarction afflicts approximately 25 300 individuals in Sweden annually and to prevent recurrent ACS an extensive secondary prevention effort starts while patients are still in hospital. Secondary prevention builds upon self care where information is an important component. The information concerns a variety of areas and aims to increase the patient's understanding and participation in lifestyle change. Just about one third of patients suffering from myocardial infarction reaches the secondary prevention goals. Previous research has shown that patients find the information received during the hospital stay unsatisfactory. Patients with a low understanding more rarely participates in secondary prevention programmes. Person centered care positively affects treatment compliance and results. The individual's ability to change their situation is also affected by the amount of health literacy and empowerment.

**Aim:** The aim was to describe the need of information to obtain understanding in patients with acute coronary syndrome from sickening to cardiac rehabilitation.

**Method:** Mixed literature review with a systematic search strategy. In total, 16 articles were included of which half was quantitative and half was qualitative. An integrated analysis of the material was conducted in purpose of relating the results to each other and to identify similarities and differences. Thereafter categories that describe the reviewed literature were identified.

**Results:** In the result three main categories emerged; all information is valuable, information is requested throughout the entire care chain and adapted information is meaningful. Patients did not find any information unimportant and the information was requested at the initial phase of getting ill although the phase was characterized by shock. Even after cardiac rehabilitation and two years after ACS a need of information about pharmacological treatment existed among others, which was the information area requested in most studies. A reappearing question among patients was why the ACS had happened to them. They wished for congruence in information from different sources and found it hard to apply standardized information to their own situation. They requested individually adapted information delivered at a time when they were ready for it, that also included their family.

**Conclusion:** The need of information is extensive and patients did not consider any information unimportant. Even information in a state characterized by shock is requested and valuable. Individual information facilitates understanding of the relevance of lifestyle changes and enables participation. The information need varied over time and remained after two years to some extent.

**Key words:** ACS, Health literacy, Information, Need, Person centered care.



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Akut koronart syndrom (AKS)</b> .....	1
<b>Behandling vid AKS</b> .....	1
<b>Sekundärprevention</b> .....	2
<b>Information</b> .....	3
<b>Personcentrerad vård</b> .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	4
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
<b>Design</b> .....	5
<b>Urval</b> .....	5
<b>Datainsamling</b> .....	5
<b>Dataanalys</b> .....	7
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	8
<b>All information är viktig</b> .....	8
<b>Information genom hela vårdförloppet efterfrågas</b> .....	11
<b>Anpassad information är meningsfull</b> .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	13
<b>Resultatdiskussion</b> .....	13
<b>Metoddiskussion</b> .....	15
<b>Slutsats</b> .....	18
<b>Klinisk tillämpbarhet</b> .....	18
<b>REFERENSER</b> .....	19
<b>BILAGA A - Kvalitetsbedömning</b>	
<b>BILAGA B - Artikelmatris</b>	

## **INLEDNING**

Ischemisk hjärtsjukdom är den största dödsorsaken världen över. Trots att mortaliteten minskat i Europa de senaste decennierna fortsätter förekomsten av sjukdomen att öka (Ibanez et al., 2018). År 2017 drabbades cirka 25 300 personer av hjärtinfarkt i Sverige (Socialstyrelsen, 2018a). För att förhindra återinsjuknande följer ett sekundärpreventivt arbete med start redan på sjukhuset, men både internationellt och nationellt är uppfyllelsen av de sekundärpreventiva behandlingsmålen låg (Kotseva et al., 2009; Swedeheart, 2018). Patienter som genomgått akut koronart syndrom (AKS) kan även ha bristande kunskap om sjukdomen. Anpassad information och utbildning från sjukvårdspersonal är därför en central del av sekundärpreventionen (O'Brien, O'Donnell, McKee, Mooney & Moser, 2013).

## **BAKGRUND**

### **Akut koronart syndrom (AKS)**

Samlingsbegreppet AKS inkluderar instabil angina, hjärtinfarkt av både typen icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och ST-höjningsinfarkt (STEMI) samt plötslig död (Socialstyrelsen, 2015a; Thygesen et al., 2019). Gemensamt för AKS är att ett aterosklerotiskt plack brister och trombotiserar i ett kranskärl, vilket leder till att kärlet helt eller delvis ockluderas med minskad blodtillförsel och syrebrist i myokardiet som följd (Bentzon, Otsuka, Virmani & Falk, 2014; Thygesen et al., 2019). Diagnos ställs med hjälp av symtombild, EKG och biomarkörer (Thygesen et al., 2019). Instabil angina presenterar sig som myokardischemi vid lätt ansträngning eller i vila, men utan myokardnekros. Försämring av tidigare stabil angina omklassificeras till instabil (Roffi et al., 2015a). Vid hjärtinfarkt har myokardischemin orsakat celledöd och myokardskada, och den nekrotiserade vävnaden ersätts så småningom av ett bindvävsärr (Thygesen et al., 2019). Riskfaktorer för att utveckla kranskärlssjukdom är hög ålder, ärftlighet, rökning, förhöjda blodfetter, diabetes, hypertoni, inaktivitet samt psykosociala faktorer som inre och yttre stress, depression eller låg socioekonomisk status (Yusuf et al., 2004).

Efter att mortaliteten minskat kraftigt sedan 90-talet har den nu planat ut i alla åldersgrupper (Swedeheart, 2018). Hjärtinfarktstypen STEMI är mer vanlig bland yngre och bland män. Ischemisk hjärtsjukdom drabbar män tidigare än kvinnor, men över 75-års ålder är majoriteten av de som får AKS kvinnor. Ischemisk hjärtsjukdom är den ledande dödsorsaken bland kvinnor, men kvinnor tenderar att erhålla färre och senare interventioner än män samt mer sällan erhålla reperfusionsterapi (Ibanez et al., 2018). Uppskattningsvis en fjärdedel av de som insjuknar i hjärtinfarkt har redan en känd hjärt-kärlsjukdom, vilket understryker vikten av sekundärpreventiva interventioner (Perel et al., 2015).

### **Behandling vid AKS**

Behandling vid myokardischemi syftar till att minska risken för komplikationer och muskelskada och kan startas i hemmet, i ambulans eller på akutmottagning. Initialt fokus ligger på att identifiera indikationer för akut reperfusionsterapi; primär PCI (percutaneous coronary intervention; ballongvidgning) eller trombolys. Akut reperfusionsterapi är aktuell för patienter som uppfyller kriterier för STEMI eller patienter med NSTEMI som också är cirkulatoriskt instabila, har tecken till akut hjärtsvikt, har återkommande bröstsmärtor eller förändringar på EKG, allvarliga arytmier eller

mekaniska komplikationer till följd av hjärtinfarkten (Ibanez et al., 2018). För övriga AKS gäller reperfusion inom 24 eller 72 timmar beroende på riskfaktorer och klinisk bild (Stockholms Läns Landsting [SLL], 2017), men helst så snart som möjligt (Neumann et al., 2019). Under vårdtiden utvärderas hjärtats arbetsförmåga med hjälp ekokardiografi. Farmakologisk behandling post AKS omfattar trombocythämmare, betablockad, statiner, ACE-hämmare och nitroglycerin (Roffi et al., 2015a).

### **Sekundärprevention**

Sekundärprevention är en strategi som syftar till att minska risken för återkommande AKS och är ett avgörande steg mot att reducera för tidig död hos personer med ischemisk hjärtsjukdom (Perel et al., 2015). Sekundärprevention vid AKS innefattar både livsstilsåtgärder och farmakologisk behandling, och lägger stor tyngdvikt vid egenvård (Piepoli et al., 2016; Swedeheart, 2018). Information och utbildning är en hörnsten i det långsiktiga arbetet mot hälsosamma vanor och patientutbildning bör ingå i alla hjärtrehabiliteringsprogram (British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation [BACPR], 2017; Brown, Clark, Dalal, Welch & Taylor, 2011; SLL, 2016). De som drabbas ska informeras både skriftligt och muntligt om diagnos, resultat av undersökningar, behandling, vikt av farmakologisk behandling, riskfaktorer, livsstilsförändringar, kost och motion samt råd om sexualliv inklusive läkemedel mot erektil dysfunktion. De ska även informeras om vad de ska göra vid återkommande bröstsmärta samt om vad som kan väntas vad gäller både fysiskt och psykiskt mående den närmsta tiden, såsom att de kan känna sig trötta och nedstämda (BACPR, 2017; Ibanez et al., 2018; SLL, 2016).

Det är rekommenderat att informationen ges innan utskrivning eftersom följsamheten till sekundärpreventiv behandling tenderar att minska med tiden efter sjukhusvistelsen, men också för att understryka vikten av dessa åtgärder (Piepoli et al., 2016). Patienterna ska även erbjudas hjärtrehabilitering med start så snart som möjligt (Dunlay, 2014; Pack et al., 2013), vilken fokuserar på fysisk träning med fysioterapeut, reducering av riskfaktorer, utbildning och mentalt stöd (Piepoli et al., 2016). Träningsbaserad hjärtrehabilitering minskar den kardiovaskulära dödligheten och återinläggning på sjukhus samt ökar den hälsorelaterade livskvaliteten (Anderson et al., 2016). Trots den omfattande kunskap som finns om AKS och sekundärprevention, är implementeringen av förebyggande åtgärder vid hjärt-kärlsjukdom bristfällig världen över (Perel et al., 2015; Piepoli et al., 2016; Redfern et al., 2014). Patienters följsamhet till farmakologisk behandling är bättre än följsamheten till livsstilsåtgärder, trots att livsstilsåtgärder också minskar risken för återinsjuknande. Hälsovinsterna från varje förändrad livsstilsfaktor är dessutom additiva (Chow et al., 2010). Målvärdena för behandling av blodtryck, kolesterol, fetma och blodsocker nås inte i Europa och patienter har svårt att genomföra och upprätthålla livsstilsförändringar såsom rökstopp, ökad fysisk aktivitet och kostomläggning (Kotseva et al., 2009).

I Sverige har Socialstyrelsen (2015a) identifierat sekundärprevention inom hjärtsjukvård som ett utvecklingsområde. Nationellt når en tredjedel av de som haft hjärtinfarkt målvärdena för blodtryck, kolesterol, rökstopp och fysisk aktivitet (Swedeheart, 2018). Fysisk träning inom hjärtrehabilitering och stöd för att sluta röka har en hög rekommendation, medan stress- och livsstilsinterventioner inte är rekommenderade med motivationen att åtgärderna har begränsad effekt (Socialstyrelsen, 2018b). Målet är att 75 procent av patienterna som röker ska vara rökfria vid uppföljning efter AKS (Socialstyrelsen 2018c), men antalet patienter som fortsätter att röka efter hjärtinfarkt var fler år 2015 än år 2009 (Socialstyrelsen, 2015a). I Sverige är målet att 60 procent eller mer

av patienter med AKS ska ha påbörjat fysisk träning genom hjärtrehabilitering inom tio veckor. Antalet patienter som deltar i hjärtrehabilitering skiljer sig från landsting till landsting (Socialstyrelsen, 2018c).

### **Information**

Att få vård är frivilligt och vårdgivare ska respektera patientens integritet och självbestämmande. Med några få undantag är patientens samtycke en förutsättning för vård och för att möjliggöra självbestämmande och delaktighet är det viktigt att sjukvården värnar patientens rätt till information (Socialstyrelsen, 2015b). För att patienten ska kunna fatta beslut om sin vård är det en förutsättning att patienten har fått information som är individuellt anpassad efter mognad, ålder, erfarenheter, språk och andra förutsättningar, som hen också förstått både innehåll och betydelsen av (O'Brien et al., 2013; Patientlag SFS 2014:821; Socialstyrelsen, 2015b). Informationen som ges under sjukhusvistelse och vid hjärtrehabilitering ökar patientens förmåga att känna igen symtom på hjärtinfarkt både hos sig själv och hos andra, vilket gör att patienten snabbare söker vård om symtomen återkommer (Boyde et al., 2014; Nymark, Saboonchi, Mattiasson, & Henriksson, 2017). Ökad kunskap hos patienten om symtom och sätt att hantera dem är också förknippat med ökad förståelse för risken att få en ny hjärtinfarkt och är en förutsättning för adekvat egenvård (Dracup et al., 2008).

Majoriteten av de som drabbas av hjärtinfarkt i Sverige erhåller muntlig och skriftlig information om sekundärpreventiva behandlingsmål för blodtryck, kolesterol och levnadsvanor (Ogmundsdottir Michelsen et al., 2017). Tidigare forskning har dock visat att en del patienter upplever att de generellt fått bristfällig information av slutenvården i samband med hjärtinfarkt (Decker et al., 2007; Hanssen, Nordrehaug, & Hanestad, 2005; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; Stewart, Davidson, Meade, Hirth & Makrides, 2000; Timmins, 2005). Patienter som har dålig förståelse för sin hjärtsjukdom tackar oftare nej till att delta i hjärtrehabilitering (Kotseva, Wood, De Backer & De Bacquer, 2012). Först när patienters förståelse för hjärtsjukdomen är adekvat ökar fokus på att förändra livsstilen (Condon & McCarthy, 2006; Mead, Andres, Ramos, Siegel & Regenstein, 2010).

### Hälsolitteracitet och empowerment

Motivation till att skaffa och förmåga att tillgodogöra sig, förstå och använda hälsofrämjande information benämns hälsolitteracitet, eller hälsokompetens (Nutbeam, 2000). Med hög hälsolitteracitet åsyftas mer än att patienten bara kommer på planerade vårdbesök eller läser broschyrer, och förmågan påverkas av kognitiva samt sociala färdigheter. Ur detta perspektiv är det ultimata målet för patientutbildnings- eller informationsprogram att uppnå och höja hälsolitteracitet, och i förlängningen patientens empowerment. Patienter med AKS och hög hälsolitteracitet har ökad följsamhet till farmakologisk behandling och minskad risk för återinläggning på sjukhus (Bailey et al., 2015; Rymer et al., 2018). Empowerment beskrivs av Världshälsoorganisationen som "... a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (World Health Organization [WHO], 1998, s. 6). Att patienten tar ansvar för sin egen hälsa och att vårdpersonal strävar efter att öka patientens förmåga att tänka kritiskt och göra autonoma val är en förutsättning för empowerment (Kambhampati, Ashvetiya, Stone, Blumenthal & Martin, 2016). En del patienter som haft hjärtinfarkt har före infarkten identifierat behovet av att förändra sin livsstil, men saknat tillräcklig empowerment för att göra det (Condon & McCarthy, 2006).



## **Personcentrerad vård**

Litteraturoversiktens teoretiska referensram är personcentrerad vård, som har sitt ursprung inom humanistisk psykologi och skiftar fokus från patient till person. Ordet patient sätter diagnos och behandling i centrum, medan personcentrering fokuserar på personen bakom sjukdomen och hela hans sammanhang - såsom personens levnadshistoria, erfarenheter och närstående. Det centrala är personens egen upplevelse av sjukdom och hälsa (Ekman et al., 2011; Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Med personcentrerad vård initieras ett partnerskap mellan vårdgivare och patient där patientens berättelse sätter sjukdomen i relation till individens liv. Berättelsen utgör grunden för den personcentrerade vården (Ekman et al., 2011). Sjukvårdens uppgift är att i partnerskapet med patienten skapa förutsättningar för hälsa och möjlighet till autonomi, samt bidra med evidensbaserad kompetens utan att moralisera (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Personcentrerad vård och patientdelaktighet har en positiv påverkan på både följsamhet till behandling och behandlingens resultat (Socialstyrelsen, 2015b). Att personal tar sig tid till att lyssna på patienter och till att sätta deras upplevelse i relation till hjärtsjukdomen har identifierats som en förutsättning för delaktighet av patienter själva (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2010). Med en personcentrerad vård främjas också patientens utveckling och tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtrelaterade symtom (Dudas et al., 2013; Fors, Taft, Ulin, & Ekman, 2016). Att patienten har förståelse för och insikt i sin sjukdom är två fundamentala komponenter av patientens delaktighet och inflytande (Socialstyrelsen, 2015b). Internationella riktlinjer förespråkar att information om sekundärprevention som ges till patienter med AKS ska vara personcentrerad (Piepoli et al., 2016).

## Sjuksköterskans professionella ansvar

Sjuksköterskans pedagogiska arbete riktar sig till medarbetare, patienter samt närstående och ska bedrivas på både individ- och gruppnivå. Sjuksköterskan ska möta patienter och anhöriga utifrån deras kunskapsnivå och behov, och tillsammans med dem planera, utföra samt utvärdera informationsdelgivning och utbildningsinsatser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att se relationen mellan vårdgivare och patient som ett partnerskap möjliggör ömsesidigt lärande och beslutsfattande. Partnerskapet är särskilt viktigt vid långvarig sjukdom för att hjälpa patienten att nå behandlingsmål (Ekman et al., 2011). Bland personer som deltar i hjärtrehabilitering har Kristofferzon et al. (2007) visat att information som ges av sjuksköterska tas bättre emot än information från läkare. Sjuksköterskan informerar oftare på ett mer tillgängligt sätt och för en dialog med patienten. Socialstyrelsen (2015b) understryker hur patientdelaktighet förutsätter att patientmötet genomsyras av dialog. De nationella hjärtrehabiliteringscenter som i störst utsträckning når behandlingsmålen för blodtryck och blodfetter har sjuksköterskor som titrerar blodtrycks- och blodfettsmedicin (Ogmundsdottir Michelsen et al., 2017). Patienter med ischemisk hjärtsjukdom efterfrågar också en vårdkontakt som känner till deras specifika situation (Hanssen et al., 2005; Mead et al., 2010). Med kortare vårdtider är det en utmaning för sjuksköterskor att tillgodose patienters informationsbehov (Timmins, 2005).

## **Problemformulering**

Ischemisk hjärtsjukdom är fortsatt en av de främsta dödsorsakerna globalt och nationellt. Anpassad information och utbildning är en förutsättning för delaktighet och självbestämmande. Det är även en central del av sekundärpreventionen för att förhindra återinsjuknande och för tidig död. Först när patienter som drabbats av AKS har en förståelse för sin sjukdom kan livsstilsförändringar påbörjas. För att underlätta det personcentrerade mötet med patienten och möjliggöra följsamhet till den

sekundärpreventiva behandlingen är det av vikt för sjuksköterskor att behovet av information hos patienter med AKS finns beskrivet.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva behovet av information för att erhålla förståelse hos patienter med akut koronart syndrom från insjuknande till hjärtrehabilitering.

## **METOD**

### **Design**

En mixad litteraturöversikt med systematisk sökstrategi utfördes för att belysa vilken vetenskaplig kunskap som finns beskriven kring patienters informationsbehov i samband med AKS. Litteraturöversikt är lämplig som metod för att sammanställa tidigare vetenskaplig publikation inom området, vilket kan skapa en överblick över kunskapsläget samt en utgångspunkt för ökad förståelse (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2017). En integrativ mixad litteraturöversikt grupperar de granskade studierna efter fynd som svarar på syftet istället för gruppering enligt använd metod. Att använda artiklar med olika metoder låter kvalitativa och kvantitativa artiklar bekräfta, utvidga eller motbevisa varandras resultat (Polit & Beck, 2017).

### **Urval**

Inklusionskriterier var kvalitativa och kvantitativa studier innefattande personer från 18 år med AKS, studier som var på engelska, peer reviewed, och som hade ett etiskt godkännande. Det var också ett inklusionskriterie att alla artiklar var originalartiklar. Artiklar publicerade för mer än tio år sedan samt litteraturöversikter exkluderades.

Att samtliga artiklar är originalartiklar och primärkällor är en förutsättning för att en litteraturöversikt adresserar forskningsfrågan så adekvat och objektivt som möjligt. Studier som genomgått kritisk granskning av andra forskare genom peer review anses ha resultat av värde. Att använda sig av ett tidsspänn är ett sätt att avgränsa sökningen och fokusera på aktuell litteratur (Polit & Beck, 2017).

### **Datainsamling**

Bibliografiska databaser är utgångspunkten för en litteraturöversikt, då databaserna innehåller stora mängder artiklar som är kodade för att underlätta sökningen. Manuell sökning såsom genomgång av referenslistor eller sökning på fler publikationer av en författare utgör ett komplement till bibliografisk sökning (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2017). Provsökning utfördes tillsammans med bibliotekarie från Sophiahemmet Högskola. Empiriska studier söktes gemensamt i databaser relevanta för ämnet; CINAHL Complete, PubMed Complete och Academic Search Elite som täcker områdena medicin och omvårdnad, samt genom manuell sökning.

Sökorden användes i form av fritextsökning, som ämneskoder (MeSH-termer och "subject headings") samt med hjälp av booleska operatorer, funktionen "explode" och trunkering. Att använda sig av både fritext, ämneskoder och booleska operatorer såsom AND eller OR är ett sätt att täcka in så stor del av relevanta artiklar som möjligt, och för att begränsa eller utöka sökningen. Med booleska operatorer kan också flera sökningar kombineras. Funktionen "explode" är ett sätt att utöka ämneskoder i databasen CINAHL.

Citationstecken används för att säkerställa att databasen söker på en önskad ordkombination och inte på orden var för sig. Att variera sökningarna genom användning av trunkering inkluderar olika ändelser eller stavningar på sökorden (Polit & Beck, 2017).

Sökorden som användes var *myocardial infarction, acute coronary syndrome, coronary disease, patient information, information needs, patient needs*. Sökord som tillkom vid sökningarna för att bredda sökningen och täcka in synonymer var *coronary artery disease, coronary heart disease, ischemic heart disease, consumer health information, health education, patient education*. Olika databaser har olika ämneskoder, vilket också är en anledning till att fler sökord tillkom. Ordet "education" tillkom då MeSH-termen för hälsouppllysning är "health education". I de databaser där denna ämneskod inte fanns användes "patient education". Även i granskad litteratur används både begreppen information och utbildning om hjärtrehabilitering samt olika upplysningstillfällen. Samtliga söksträngar upprepades i alla använda databaser. Sökningarna upprepades under arbetets gång för att som Polit och Beck (2017) beskriver täcka in litteratur som inte hade publicerats vid de första sökningarna. Sökningarna som genererat inklusion redovisas tillsammans med antal träffar på sökorden, antal lästa abstract och artiklar samt antal inkluderade artiklar i sökmatris, se tabell 1. Genom att dokumentera sökningarna effektiviseras dem samt säkerställs att de går att reproducera (Polit & Beck, 2017).

Ett första urval gjordes genom att relevanta artiklar identifierades med hjälp av artikeltitlar och abstracts (Polit & Beck, 2017; Rosén, 2017). Relevanta artiklar lästes sedan i sin helhet och inkluderade artiklar kvalitetsgranskades därefter. Kvalitetsgranskningen syftar till att värdera evidensen, och att använda sig av ett systematiskt sätt för att värdera och granska artiklarna minskar risken för partiskhet (Polit & Beck, 2017). För kvalitetsgranskning användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för litteraturstudier (bilaga A). Båda författarna till översikten utförde självständiga granskningar av artiklarna för att som Kristensson (2014) beskriver sträva efter objektivitet.

Tabell 1. Sökmatris.

Databas Datum	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Genomgång	Valda artiklar (dubbletter)
Academic Search Elite 190111	"Myocard* infarct*" OR "Coronary arter* disease*" AND "Consum* health info*" OR "Health educat*" OR "Patient educat*"	"Peer reviewed", "english language", "10 years"	388	Lästa titlar: 388 Lästa abstracts: 19 Lästa artiklar: 12	4
Academic Search Elite 190115	"Acute coronary syndrome " AND "Information needs"	"Peer reviewed", "english language", "10 years"	5	Lästa titlar: 5 Lästa abstracts: 4 Lästa artiklar: 3	2 (1)
Academic Search Elite 190117	"Coronary disease" AND "Information needs"	"Peer reviewed", "english language", "10 years"	3	Lästa titlar: 3 Lästa abstracts: 3 Lästa artiklar: 3	1 (1)
Cinahl Complete 190117	"Coronary disease" AND "Information needs"	"Peer reviewed", "english language", "10 years"	6	Lästa titlar: 6 Lästa abstracts: 4 Lästa artiklar: 2	1 (1)

PubMed 190114	Myocard* infarct* OR Coronary arter* disease* AND Consum* health info* OR Health educat* OR Patient educat*	“English language”, “10 years”	474	Lästa titlar: 474 Lästa abstracts: 57 Lästa artiklar: 13	2 (1)
PubMed 190115	“Acute coronary syndrome” AND “Information needs”	“English language”, “10 years”	6	Lästa titlar: 6 Lästa abstracts: 3 Lästa artiklar: 1	1
PubMed 190117	“Coronary disease” AND “Information needs”	“English language”, “10 years”	3	Lästa titlar: 3 Lästa abstracts: 3 Lästa artiklar: 1	1
PubMed 190309	“Ischemic heart disease” AND Patient information	“English language”, “10 years”	314	Lästa titlar: 314 Lästa abstracts: 3 Lästa artiklar: 1	1
PubMed 190309	“Coronary heart disease” AND Patient needs	“English language”, “10 years”	184	Lästa titlar: 184 Lästa abstracts: 20 Lästa artiklar: 6	2 (2)
190305	Manuell sökning				1
Totalt					16

### Dataanalys

Efter kvalitetsgranskningen lästes artiklarna flera gånger vilket Polit och Beck (2017) rekommenderar för att få en förståelse för materialet. Författarna till översikten läste artiklarna var för sig för att beskriva datan så objektivt som möjligt och öka trovärdigheten. Artiklarna syntetiserades och sammanfattades gemensamt i en artikelmatris för att skapa en helhetsbild av resultaten (bilaga B) (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2017).

Därefter utfördes en integrerad analys i tre steg vilket innebär att de granskade artiklarna ställs i relation till varandra (Polit & Beck, 2017; Kristensson, 2014). Artiklarna lästes då först i syfte att identifiera övergripande likheter och skillnader. I andra steget identifierades kategorier som relaterade till varandra bland resultaten i artiklarna genom att likheter och skillnader färgkodades. I tabell 2 ses de kategorier som beskriver artiklarnas resultat. I tredje steget sammanställdes sedan resultatet under kategorierna och de grupperades efter övergripande kategorier, liksom Kristensson (2014) beskriver.

### Forskningsetiska överväganden

God forskningssed tar hänsyn till etiska principer som respekt för människovärdet, rätt till integritet och rättvis behandling samt skydd mot fysisk eller psykisk skada. Studier som forskar på människor ska värdera nyttan med studien i relation till dess möjliga risker och deltagarna ska ha gett informerat samtycke till att delta i studien (Polit & Beck, 2017). I litteraturöversikten inkluderades därför endast artiklar som har gjort noggranna etiska överväganden samt har ett godkännande från etisk kommitté. Det är heller inte etiskt att endast presentera resultat som stämmer överens med författarens åsikter eller förförståelse, ett förhållningssätt som applicerades på både granskade artiklar och litteraturöversikten (Forsberg & Wengström, 2015).

## RESULTAT

Litteraturoversiktens inkluderade artiklar publicerades mellan år 2009-2018 och genomfördes i 15 olika länder; Australien, Danmark, Irland, Island, Italien, Jordanien, Kanada, Nederländerna, Norge, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, Österrike. Av artiklarna var åtta stycken kvalitativa och åtta stycken kvantitativa. Ur de granskade artiklarna framkom tre huvudkategorier som beskriver patienternas informationsbehov; *all information är viktig*, *information genom hela vårdförloppet efterfrågas* och *anpassad information är meningsfull*. Kategorierna med tillhörande underkategorier kan ses i tabell 2. Artiklarna inkluderade i litteraturoversikten kan ses i bilaga B.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier.

All information är viktig		Information genom hela vårdförloppet efterfrågas		Anpassad information är meningsfull	
Efterfrågade informationsområden	Informationsområden relaterade till grupper i samhället	Informationsbehov vid insjuknande	Informationsbehov efter utskrivning	Föredragna format och källor till information	Individuellt anpassat innehåll

### All information är viktig

Tre kvantitativa artiklar framlyfte att patienter inte ansåg att någon information var oviktig (Eshah, 2011; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014). De uppgav i kvalitativa artiklar att de generellt fått otillräcklig information i samband med sjukhusvistelsen (Askham et al., 2010; Cartledge, Feldman, Bray, Stub & Finn, 2018; Kasteleyn et al., 2014; Valaker et al., 2017), och en återkommande fråga bland patienterna var varför AKS drabbat just dem (Cartledge et al., 2018; Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013). Patienter efterfrågade kongruens i informationen som gavs av olika vårdpersonal samt egeninhämtad information (Kasteleyn et al., 2014; Svavarsdottir, Sigurdardottir & Steinsbekk, 2016; White, Bissell & Anderson, 2010). Patienterna ansåg också att det var viktigt att anhöriga inkluderades i informationsdelgivningen och undervisningen, i både kvalitativa och kvantitativa artiklar (Kasteleyn et al., 2014; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016).

### Efterfrågade informationsområden

De efterfrågade informationsområdena presenteras efter vilket område som nämnts i flest studier. Farmakologisk behandling som informationsområde var högt värderat i 10 av de 16 granskade artiklarna (Askham et al., 2010; Eshah, 2011; Frick, Gutzwiller, Maggiorini & Christen, 2012; Frick, Wiedermann & Gutzwiller., 2012; Greco et al., 2016; Kasteleyn et al., 2014; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Vosbergen et al., 2013). I en kvantitativ studie var majoriteten av patienterna missnöjda med mängden information om farmakologisk behandling (Frick, Wiedermann et al., 2012). Patienterna efterfrågade mer information om vad medicinerna var till för och vilka möjliga bieffekter de kunde ha (Eshah, 2011; Frick, Gutzwiller et al., 2012; de Melo Ghisi et al., 2014). I en kvalitativ studie undrade patienterna om den farmakologiska behandlingen verkligen var nödvändig (Askham et al., 2010).

Aktivitet i dagligt liv som informationsområde efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Askham et al., 2010; Eshah, 2011; Greco et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017). Informationsbehovet berör i en kvantitativ studie när det går bra att återgå till arbete och att återuppta bilkörning (de Melo Ghisi et al., 2014). En del patienter i kvalitativa studier uttryckte osäkerhet kring aktivitet som hushållsarbete. De ansåg att avsaknad av sådan information gjorde det svårt att bedöma sin egenförmåga och försvårade egenvård (Askham et al., 2010; Valaker et al., 2017).

Behandlingar var ett informationsområde som efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Eshah, 2011; Farin, Gramm & Schmidt, 2011; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013), där patienter i en kvantitativ studie efterfrågade beskrivningar och förklaringar (Farin et al., 2011). Att få information om att det gick att utföra behandlingarna flera gånger som vid återkommande AKS, skapade trygghet i en kvalitativ studie (Svavarsdottir et al., 2016). Det fanns också en önskan om att få information om hur sjukdomen diagnostiserades i både en kvantitativ och kvalitativ studie (de Melo Ghisi et al., 2014; Valaker et al., 2017).

Information om livsstil och riskfaktorer efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Baigi, Bering, Hildingh & Almerud, 2009; Greco et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017; White et al., 2010). Information om hur riskfaktorerna bäst hanterades och minskades efterfrågades, såsom exempel på bra matval eller effekter av rökstopp i en kvantitativ studie (de Melo Ghisi et al., 2014). I en annan kvantitativ studie rankades information om hypertoni och rökning högst (Baigi et al., 2009). Information om sekundärpreventiva åtgärder förutom rökning sågs som mindre relevant information av patienterna i ytterligare en kvantitativ studie (Kilonzo & O'Connell, 2011). I en kvalitativ studie framlyfte patienter att de kanske hade gjort annorlunda val för att påverka sin återhämtning om de förstått hur viktigt det var med fysisk aktivitet eller rökstopp (Svavarsdottir et al., 2016). Det fanns även patienter i en annan kvalitativ studie som på eget initiativ laddade ned livsstilsappar som guidning vid livsstilsförändringar, för att komplettera informationen given på sjukhuset (Valaker et al., 2017).

Den första tiden hemma var ett informationsområde som efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013). Patienterna ansåg sig otillräckligt informerade om sin diagnos och dåligt förberedda på hemgång i kvalitativa studier (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018; Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013). De efterfrågade också information om hur symtom på AKS känns igen och hanteras i både kvalitativa och kvantitativa studier (Askham et al., 2010; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017). De önskade även information om det psykiska måendet (de Melo Ghisi et al., 2014; Kilonzo & O'Connell, 2011; Svavarsdottir et al., 2016). En del patienter i en kvalitativ studie fick ingen information om hjärtrehabilitering trots att de velat ha det (Valaker et al., 2017).

Hjärtsjukdom i sin helhet var ett efterfrågat informationsområde i både kvantitativa och kvalitativa studier (Askham et al., 2010; Greco et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Valaker et al., 2017; Vosbergen et

al., 2013), såsom i tre kvalitativa studier där information om det kardiovaskulära systemet, sjukdomens allvarlighetsgrad och konsekvenser (Svavarsdottir et al., 2016) samt prognos efterfrågades (Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013).

Information om fysisk aktivitet efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Askham et al., 2010; Kasteleyn et al., 2014; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; White et al., 2010). Informationsområdet efterfrågades i två kvalitativa studier då osäkerheten kring vilken fysisk aktivitet som var okej att utföra hängde samman med rädsla för att drabbas av AKS på nytt (Askham et al., 2010; Kasteleyn et al., 2014). På vilket sätt fysisk aktivitet var fördelaktigt för hjärtsjukdomen och hur ett säkert träningsprogram ser ut var också efterfrågad information i en kvantitativ studie (de Melo Ghisi et al., 2014).

Stress var också ett efterfrågat område i både kvantitativa och kvalitativa studier (Baigi et al., 2009; Greco et al., 2016; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016), såsom vilken påverkan stress kan ha på hjärtat, vilket efterfrågades i en kvantitativ studie (de Melo Ghisi et al., 2014). Information om känslomässiga reaktioner i samband med AKS efterfrågades i kvalitativa studier. Det fanns en rädsla för att återkommande AKS skulle kunna vara ännu värre, så att patienterna till exempel inte skulle kunna klara av att kalla på hjälp och kanske dö (Svavarsdottir et al., 2016; White et al., 2010). Det fanns också ett behov i en kvalitativ studie av att veta vilket professionellt stöd som fanns att tillgå (Svavarsdottir et al., 2016). En del patienter ansåg att information om depression var viktigt i en kvantitativ studie (Kilonzo & O'Connell, 2011).

Information om sexuell aktivitet efterfrågades i både kvantitativa och kvalitativa studier (Kasteleyn et al., 2014; Kilonzo & O'Connell, 2011; López-Medina, Gil-García, Sánchez-Criado & Pancorbo-Hidalgo, 2016; de Melo Ghisi et al., 2014). I en kvalitativ studie uttryckte samtliga deltagare att de ville få mer information om sexuell aktivitet (López-Medina et al., 2016) och i en annan kvalitativ studie uppgav hälften av deltagarna att de inte fått någon information alls om sexuell aktivitet men att de hade behov av det (Kasteleyn et al., 2014). Patienterna efterfrågade i en kvalitativ studie information om när det går bra att återuppta sexuell aktivitet men vågade inte ställa frågor. Tydligare direktiv om när det går bra att återuppta sexuell aktivitet önskades av patienterna för att minska rädslan för återkommande AKS eller död i samband med sex. Män verkade få mer information än kvinnor (López-Medina et al., 2016).

Samsjuklighet var något som en del patienter efterfrågade information om i både kvantitativa och kvalitativa studier (Kasteleyn et al., 2014; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; Vosbergen et al., 2013). Patienter med diabetes uppgav att de fick information om hjärtsjukdom, men saknade information om hjärtsjukdom i kombination med diabetes, i en kvalitativ studie (Kasteleyn et al., 2014)

#### Informationsområden relaterade till grupper i samhället

Yngre patienter identifierade ett större informationsbehov i en kvantitativ studie (Eshah, 2011). Yngre hade i en annan kvantitativ studie bättre kunskap än äldre och bland de med bra kunskaper var majoriteten män. Trots ett mindre informationsbehov kände sig äldre otillräckligt informerade om den farmakologiska behandlingen (Frick, Gutzwiller et al., 2012). Högre informationsbehov uppgavs även av patienter med högre inkomst, patienter bosatta i städer, patienter som sällan tittar på utbildnings-tv och bland patienter som sällan

besökte läkare (Eshah, 2011). Bland patienter med låg inkomst och låg socioekonomisk status fanns i kvantitativa studier både högt (de Melo Ghisi et al., 2014) och lågt (Eshah, 2011) informationsbehov. I en annan kvantitativ studie hade patienter med hög utbildning särskilt behov av information om livsstil och aktivitet i dagligt liv, men även grupperna patienter med partners och kvinnor efterfrågade information om aktivitet i dagligt liv. Patienter med partners, patienter utan anställning samt äldre hade ett växande behov av information om livsstil och stress. Yngre patienter hade också större behov av information om stress. Kvinnor efterfrågade också information om möjliga komplikationer (Greco et al., 2016). Bland kvinnor i en kvantitativ studie var kunskapen lägre (Frick, Gutzwiller et al., 2012). Patienter som hade både ischemisk hjärtsjukdom och diabetes hade i ytterligare en kvantitativ studie ett lägre informationsbehov (Eshah, 2011), och i en kvalitativ studie ett behov av ytterligare information än den som gavs då de identifierade sig själva som en särskild grupp bland personer som har hjärtsjukdom och således med andra behov (Kasteleyn et al., 2014).

### **Information genom hela vårdförloppet efterfrågas**

#### Informationsbehov vid insjuknande

Sex kvalitativa studier berör informationsbehovet vid insjuknande i AKS. Majoriteten av patienterna i en studie saknade och efterfrågade information i den akuta fasen av insjuknandet. Behandlingsrelaterad information var uppskattad bland patienter som haft STEMI (Cartledge et al., 2018). Det initiala skedet av insjuknandet präglades av chock och förnekelse vilket försvårade mottagandet av information, då patienterna var stressade och trötta (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018). Patienter framlyfte att det var viktigt att vårdpersonal valde informationstillfälle med omsorg (Svavarsdottir et al., 2016) och att information eller utbildning gavs när patienterna själva var redo för det (Vosbergen et al., 2013). En del patienter önskade dock information under eller kort tid efter vårdtillfället (Kasteleyn et al., 2014; Valaker et al., 2017), samtidigt som deltagarna i en studie uppgav att de tre till fyra veckor efter utskrivning inte mindes vad informationen innehöll (Askham et al., 2010).

#### Informationsbehov efter utskrivning

Två kvalitativa studier framlyfte att patienterna upplevde att det dröjde för länge mellan utskrivning och hjärtrehabiliteringens start (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018). Informationsområden som patienter intresserade sig mest för i början av rehabiliteringsperioden var i en kvantitativ studie farmakologisk behandling samt tänkbara akutsituationer och säkerhet. Mot mitten av rehabiliteringsperioden skiftades fokus mot nutrition samt diagnos och behandling, och mot slutet av rehabiliteringsperioden var behovet störst gällande information om hjärtat, diagnos och behandling men återgick också mot behov av information om akuta situationer och säkerhet (de Melo Ghisi et al., 2014). Även vid sex- och tjugofyra månader efter utskrivning kvarstod behov av information om farmakologisk behandling, hjärtsjukdom samt dess påverkan, i en annan kvantitativ studie. Minskning i informationsbehovet sågs i den studien för områdena daglig aktivitet, beteendevanor samt risker och komplikationer (Greco et al., 2016). Patienter hade i en kvalitativ studie funderingar kring livsstilsförändringar och farmakologisk behandling även efter hjärtrehabilitering (White et al., 2010).



## **Anpassad information är meningsfull**

### Föredragna format och källor till information

I två kvalitativa studier ansåg patienter att undervisning som tog hjälp av illustrationer, rörlig bild och ljud underlättade en djupare förståelse för vad som hänt dem. Att få information på sitt modersmål och med vardagligt språk identifierades också som en förutsättning för djupare förståelse (Askham et al., 2010; Svavarsdottir et al., 2016). Fler föredragna sätt att få information på enligt två kvantitativa studier var genom samtal med vårdpersonal från hjärtrehabiliteringsteam, genom böcker och föreläsningar (de Melo Ghisi et al., 2014) samt broschyrer från vårdpersonal eller organisationer och föreningar (Greco et al., 2016). I en kvalitativ studie saknades både muntlig och skriftlig information i det akuta skedet (Cartledge et al., 2018). Dock tyckte patienter i en annan kvalitativ studie att det då var svårt att tillgodogöra sig skriftlig information (Askham et al., 2010), men i en kvantitativ att det ändå var en viktig del av informationsdelgivningen (Kilonzo & O'Connell, 2011). I två kvalitativa studier föredrog en del patienter internet som informationskälla (Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013); i en kvantitativ studie särskilt de med hög utbildning (Greco et al., 2016). Patienter som hade en partner lade större tyngdvikt vid information från vänner, familj och broschyrer men även patienter med låg utbildning värderade dessa källor högre, med tillägg av information från television. Även patienter som saknade anställning eller hade gått i pension tyckte att television var en viktig informationskälla (Greco et al., 2016).

Patienter föredrog vårdpersonal som informationskälla i både kvantitativa och kvalitativa studier (Baigi et al., 2009; Vosbergen et al., 2013). Dock spelade det ingen roll vilken vårdpersonal som informerade eller utbildade dem enligt en kvalitativ studie (Svavarsdottir et al., 2016). Bland de som hade preferenser nämndes dock läkare och sjuksköterska i både en kvantitativ och kvalitativ studie (Baigi et al., 2009), och den som utbildade fick gärna vara specialiserad på sitt område (Svavarsdottir et al., 2016). Andra föredrog i en kvantitativ studie att få information från sin allmänläkare; särskilt äldre och manliga patienter (Greco et al., 2016), men vissa patienter i en kvalitativ studie ansåg att informationen som gavs av allmänläkare var inkomplett (Valaker et al., 2017). Patienter önskade att det fanns mer tid till att ställa alla frågor, både på sjukhuset (Valaker et al., 2017), och under rehabiliteringen (Vosbergen et al., 2013). Över en tidsperiod på två år från insjuknande minskade inflytandet från vänner, familj och specialiserade läkare medan relevansen av allmänläkare, internet, tidningar och television ökade, enligt en kvantitativ studie (Greco et al., 2016).

### Individuellt anpassat innehåll

Sex kvalitativa studier berör behov av individuellt anpassat innehåll. Patienter ansåg att informationen var standardiserad och ytlig samt svår att applicera på deras egna situation (Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013; White et al., 2010). Att få individuellt anpassad information om hur AKS med dess orsaker och behandling relaterade till deras symtom och vad sjukdomen innebar för dem var viktigt (Svavarsdottir et al., 2016; Vosbergen et al., 2013). En del patienter efterfrågade information som var anpassad efter att de också hade andra långvariga sjukdomar (Kasteleyn et al., 2014). De önskade att informationen anpassades efter deras perspektiv och kunskaper eftersom det var svårt för dem att själva veta vilken information som kunde vara fördelaktig och vad de skulle fråga efter (Svavarsdottir et al., 2016). En del patienter ansåg sig inte ha förmågan att förbättra sin livsstil trots att de identifierat riskfaktorer hos sig själva. De efterfrågade information om vidden av riskfaktorernas effekter och hur riskfaktorn var kopplad till deras hälsosituation. De saknade också uppmuntran av sjukvården till att förändra sin situation

(Askham et al., 2010). En del önskade att vårdpersonalen tog större initiativ till informationstillfällen då de själva kände sig för sjuka och inkapabla för att göra det (Valaker et al., 2017). När patienterna kände att de inte hade kunskap nog att fatta beslut om sin situation själva, önskade de att vårdpersonalen tog kontroll och styrde dem mot hälsosamma beslut (Svavarsdottir et al., 2016). I en kvantitativ studie var det viktigt att kommunikationen var rak och öppen, även när det gällde information som kunde vara stressande eller obehaglig (Farin et al., 2011).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att patienter som drabbats av AKS ansåg att all information som berörde deras diagnos och situation var viktig. Denna beskrivning stämmer överens med vad Smith och Liles (2007) samt Hanssen et al. (2005) tidigare lyft fram i sina studier. Behovet av information i litteraturöversikten stämmer väl överens med rådande riktlinjer och författningar (BACPR, 2017; Ibanez et al., 2018; Patientlag, SFS 2014:821; SLL, 2016).

Ändå visar litteraturöversiktens resultat att patienter ansåg sig få otillräcklig information i samband med AKS (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018; Kasteleyn et al., 2014; Valaker et al., 2017), liksom tidigare forskning visat (Decker et al., 2007; Hanssen, et al., 2005; Kristofferzon et al., 2007; Stewart et al., 2000; Timmins, 2005). Tidigare forskning har även lyft att patienter sällan ställer frågor under vårdtiden och att det är först när patienten skrivs hem från sjukhuset som kunskapsluckorna blir tydliga för dem själva (Worth, Tierney & Watson, 2000). Litteraturöversiktens resultat visade att patienter kände sig otillräckligt förberedda på hemgång och önskade information om många områden som berör adaptation till vardagen med hjärtsjukdom. Det skulle kunna vara ett uttryck för ett behov av att inte endast erhålla fakta, utan också av hur den ska kunna omsättas till handling och appliceras på den egna situationen - ett behov av ökad hälsolitteracitet. Samtidigt är det relativt få som deltar i hjärtrehabiliteringsprogram efter utskrivning från slutenvården - i Sverige är medelvärdet för deltagande 38 procent (Socialstyrelsen, 2018c). Likväl som patienter innan de insjuknat i AKS saknat empowerment nog att förändra sin hälsosituation behöver deras empowerment främjas i efterförloppet (Condon & McCarthy, 2006). Genom en personcentrerad vård som fokuserar på hela personens sammanhang skulle informationen möjligen bättre kunna anpassas till patientens vardag (Ekman et al., 2011).

I en av de granskade artiklarna lyfter patienter att de ett par veckor efter utskrivning inte mindes vad informationen innehöll (Askham et al., 2010). Tidigare forskning visar att även om patienter fått information under vårdtillfället är det få som efteråt minns informationstillfället alls (Boyde et al., 2014), och att patienter kan ha svårt att tillgodogöra sig informationen (Commodore-Mensah & Dennison Himmelfarb, 2012; Worth et al., 2000). Litteraturöversiktens resultat visar dock att det finns ett behov av information genom hela vårdförloppet, även i den akuta fasen av insjuknandet trots att den präglades av chock (Cartledge et al., 2018). Forskning visar att patienter med hjärtinfarkt också jämför information med delaktighet (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010). Delaktighet är en grundsten i personcentrerad vård (Goggins et al., 2014). Även om patienter i det initiala skedet har svårt att tillgodogöra sig information, är den efterfrågad och betydelsefull. Diskussion om huruvida patienter tillgodogör sig information i det akuta skedet av AKS eller inte kanske med fördel bör lämna plats åt information i akut skede som ett medel för delaktighet, inklusion och partnerskap. Även tidigare forskning

efterfrågar ett paradigmskifte i sjukvårdens användande av information, som bör inriktas på att stärka patientens empowerment (Kambhampati et al., 2016).

I resultatet efterfrågar patienter kongruens i informationen från olika källor (Kasteleyn et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016; White, et al., 2010). Tidigare forskning visar att det finns en risk att för mycket information leder till en känsla av kontrollförlust. Mycket information kan upplevas som överväldigande många saker att ta tag i. Detta kan förebyggas genom att öka hälsolitteraciteten så att patienten utvecklar sin förmåga att kritiskt förhålla sig till information och använda det som är relevant för den egna situationen (Bawden & Robinson, 2009). Idag finns hälsobudskap i många olika informationskanaler, varför det kan tänkas att kongruens kan vara svår att nå fullt ut. Personcentrerad vård kan då ses som en strategi för att öka patientens förmåga att kritiskt förhålla sig till kvaliteten och lämpligheten i olika hälsobudskap (Pulvirenti, McMillan & Lawn, 2014).

Litteraturoversiktens resultat visar sedermera även att patienter identifierar svårigheter med att tillgodogöra sig standardiserad information (Valaker et al., 2017; Vosbergen et al., 2013; White et al., 2010). En del framlyfte att det var svårt att själva veta vad de skulle fråga efter (Svavarsdottir et al., 2016), vilket även stöds av tidigare forskning (Hanssen et al., 2005). Resultatet visar att patienter också efterfrågar inklusion av anhöriga i informationstillfället (Kasteleyn et al., 2014; de Melo Ghisi et al., 2014; Svavarsdottir et al., 2016), vilket är en del av personcentrerad vård (Ekman et al., 2011). Sjuksköterskans uppdrag att i det personcentrerade mötet utgå från patienters och anhörigas kunskapsnivå och de individuella preferenserna kan påstås vara det verkliga behovet och den verkliga utmaningen. Tidigare forskning har också identifierat informationsbehovet hos dessa patienter som individuellt och ofta oförutsägbart (Worth et al., 2000). Det stämmer överens med resultatet som även visar att patienter önskade information när de själva var redo för det (Vosbergen et al., 2013), vilket ytterligare betonar vikten av individuell anpassning.

I litteraturoversikten var den farmakologiska behandlingen det informationsområde som efterfrågades i flest studier. Möjligen kan argumenteras för att patienter sätter hög tilltro till farmakologisk behandling i relation till livsstilsinterventioner. Patienter med kranskärslsjukdom känner sig botade efter behandlingen på sjukhus och uppfattar farmakologisk behandling som det mest effektiva sättet att förbättra den kardiovaskulära hälsan på (Speechly, Bridges-Webb, McKenzie, Zurynski & Lucas, 2010). Ett av målen med personcentrerad vård är att hjälpa patienten att ta ansvar för sin hälsa och göra autonoma val (Pulvirenti et al., 2014). Undermålig egenvård och lågt användande av tillgänglig hälsoinformation och vård har en direkt koppling till låg hälsolitteracitet. Förmågor kopplade till hälsolitteracitet som kan användas till att applicera ny information på förändrade omständigheter eller till att ta kontroll över sin livssituation, kan utvecklas med hjälp av formell utbildning (Nutbeam, 2008). Patientutbildning bör inte endast användas i syfte att öka kunskap och följsamhet till behandling, utan även till att öka hälsolitteracitet (Bawden & Robinson, 2009; Nutbeam, 2008). Patienter med AKS har själva identifierat bristande motivation som en huvudsaklig barriär mot förändrad livsstil och uppgett att de saknade självförtroende nog att genomföra förändringar (Speechly et al., 2010). Detta speglas av ett bifynd i resultatet där patienter inte ansåg sig ha förmågan att förbättra sin livsstil (Askham et al., 2010). Då hälsolitteracitet underlättar patienters eget sökande av hälsofrämjande information och förmåga att effektivt använda sig av den, är hälsolitteracitet en förutsättning för empowerment. Genom att sikta mot hälsolitteracitet inkluderas empowerment i målet för patientinformation och patientutbildning.

Patientinformation och -utbildning bör vidgas till att inkludera alternativ för egenvård och utveckling av patienters självständiga interaktion med vårdgivare och vårdssystem. Det förutsätter att vårdgivaren utgår från patientens tidigare kunskap vilket leder till individanpassning. Patienter med välutvecklad hälsolitteracitet har följaktligen förmågan att engagera sig i hälsofrämjande beteende (Nutbeam, 2008). Att utgå från patientens egna berättelse om sin situation och på vilket sätt sjukdomen tar plats i patientens liv utgör själva utgångspunkten för personcentrerad vård och grunden för partnerskapet mellan patient och vårdgivare (Ekman et al., 2011).

Att patienter anser all rekommenderad information väsentlig och att anpassad information efterfrågas från insjuknande till uppföljning, besvarar litteraturöversiktens syfte att beskriva behovet av information för att erhålla förståelse hos patienter med akut koronart syndrom från insjuknande till hjärtrehabilitering. Kunskap om hur patienters informationsbehov och deras förmåga att tillgodogöra sig informationen vid AKS ser ut underlättar för sjuksköterskor i det personcentrerade arbetet. Medvetenhet om hur graden av hälsolitteracitet påverkar patientens engagemang kan användas till att vidga syftet med patientinformation och öka patientens empowerment. Att patienter efterfrågar anpassad information motiverar hälso- och sjukvården att i praktiken utföra personcentrerad vård och att använda information som ett medel för delat beslutsfattande.

Det är svårt att särskilja patienters behov av information från deras upplevelser av information. Då patienter inte alltid vet vilken information som kan vara fördelaktig för dem (Svavarsdottir et al., 2016), härstammade informationsbehovet ibland från en upplevelse av situationen - som att känna sig oförberedd på hemgång, förvirrad av olika budskap eller rädd för att leva som vanligt. Att i litteraturöversikten presentera behovet av information tillsammans med upplevelser ger en annan dimension till relevansen av materialet. Om vårdpersonal inte bara vet att patienter med AKS exempelvis vill ha information om sexuell aktivitet, utan att de vill ha det för att de är rädda för att dö i samband med sex, har vårdpersonalen en större förståelse för hur informationen ska anpassas och vad den verkligen tjänar för syfte. Patientens upplevelser i relation till hjärtsjukdomen är utgångspunkten för den personcentrerade vården.

Då både patienters informationsbehov vid AKS är beskrivet och riktlinjer för informationen finns, skulle fokus för ytterligare forskning kunna vara att undersöka om patienter verkligen får den information som de efterfrågar och som vårdgivare är skyldiga att ge. Kartläggning av vilken utbildningsintervention som ger bäst resultat skulle också underlätta utformningen av patientinformationen, men kanske bör utbildningsinterventioner inrikta sig på att förbättra hälsolitteracitet? Att undersöka patienters grad av hälsolitteracitet för att anpassa information är en intressant synvinkel. Vidare forskning skulle också kunna utforska varför patienter uteblir från hjärtrehabilitering trots stort informationsbehov.

### **Metoddiskussion**

Litteraturöversikt som metod är att föredra när det finns ett behov av att överblicka forskningsläget och sammanställa befintlig kunskap. Att använda en systematisk sökstrategi och kvalitetsgenomgång syftar till att minska risken för ett partiskt urval av artiklar eller en partisk granskning, i strävan att presentera så korrekta och rättvisa slutsatser som möjligt samt göra litteraturöversikten reproducerbar (Polit & Beck, 2017). Syftet att beskriva behovet av information för att erhålla förståelse hos patienter med akut koronart syndrom från insjuknande till hjärtrehabilitering, hade kunnat besvaras med en

empirisk studie. En kvantitativ, deskriptiv metod skulle möjliggöra jämförelser mellan olika subgruppers behov och preferenser. Metoden är deduktiv och hade kunnat pröva hur stort behovet för olika informationsområden är. Den kvantitativa metoden tillåter också att data inhämtas från en stor grupp patienter. Den skulle dock utelämna varför det var på det ena eller det andra viset (Polit & Beck, 2017). En kvalitativ metod skulle tillåta att patienters informationsbehov vid AKS utforskades flexibelt och holistiskt. Den kvalitativa metoden tillåter en djupdykning i informationsbehovet som fenomen, eller en teoretisering av informationsbehov och informationssökande. Den är induktiv och kartläggande men skulle inte visa på signifikans i informationsbehovet, exempelvis hos olika grupper av patienter (Polit & Beck, 2017). I litteraturöversikten finns både kvantitativ och kvalitativ metod representerad, vilket gav en bredd till resultatet. De kvantitativa och kvalitativa artiklarna bekräftade och kompletterade varandra, vilket är en styrka. Syftet att beskriva patienters behov av information i samband med AKS och efterföljande hjärtrehabilitering antog en utforskande strategi vilket ytterligare motiverar valet att inkludera både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Både mätning av hur viktig stora grupper patienter rankar information som vanligen förekommer inom området och patienters egendefinerade behov bidrar till beskrivningen av informationsbehovet. Att besvara syftet från olika perspektiv underlättar att resultatet integreras i personcentrerad vård.

Litteraturöversikten är begränsad av det faktum att den uteslöt artiklar på andra språk än engelska samt opublicerad litteratur. Av praktiska skäl är den granskade litteraturen på engelska, men att översikten utgörs av artiklar på ett annat språk än författarnas modersmål är alltid en svaghet då risk för feltolkning finns (Polit & Beck, 2017). Översikten uteslöt också så kallad grå litteratur, vilket kan öka risken för publikationsbias då publicerad forskning tenderar att överrepresentera resultat som är statistiskt signifikant, vilket kan ses som en svaghet (Polit & Beck, 2017). Dock fanns det inte resurser inom ramarna för denna översikt att varken översätta andra språk eller söka efter grå litteratur. Istället var ett inklusionskriterie att de inkluderade artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter som använder sig av peer review, vilket kan anses vara en styrka för litteraturöversikten. Det är en kvalitetsindikator för artiklarna, och således ett indirekt kvalitetsurval (Polit & Beck, 2017).

På grund av begränsat med tid kan också argumenteras för att datainsamlingen inte är styrd av mättnad i data och således kan ha missat viktig litteratur, vilket är en svaghet. För att minska risken för det har sökningarna upprepats vid flera tillfällen under arbetets gång (Polit & Beck, 2017). Litteraturöversikten exkluderade litteratur publicerad för mer än tio år sedan, vilket också kan ses som en svaghet. Att öka tidsspannet hade följaktligen genererat en större mängd data och hade kunnat samla ytterligare värdefull information. Det kan dock argumenteras för att med den stora mängd ny kunskap som kontinuerligt publiceras blir kunskapen också fort inaktuell (Forsberg & Wengström, 2015). Tidsgränsen sattes eftersom syftet avsåg att beskriva det aktuella forskningsläget.

Att provsökning utfördes tillsammans med bibliotekarie från Sophiahemmet Högskola är en styrka då bibliotekarien har formell och reell kompetens inom litteratursökning. Att utföra sökningarna i flera olika databaser med omvårdnadsfokus ökar trovärdigheten (Henricsson, 2017). Sökningarna för litteraturöversikten utfördes i tre sådana databaser. Att översätta sökord till engelska kan riskera sökordens relevans (Henricsson, 2017). Därför användes vedertagna hjälpmedel såsom lexikon eller Svensk MeSH (Karolinska Institutet, u.å) för översättning av MeSH-termer och fristående sökord. Vid sökningarna uppmärksammades att olika artiklar använder olika begrepp för involvering av patienten i

sekundärpreventionen. Både "patientinformation" och "patientutbildning" användes för att beskriva vårdpersonalens informationsdelgivning. Likaså fanns olika begrepp för den riktade åtgärden att erbjuda patienter deltagande i ett sekundärpreventionsprogram såsom "hjärtrehabilitering", "hjärtträning" och "hjärtskola". Det gjorde det svårt att i litteraturöversikten rikta litteratursökningen. Därför utökades även antalet sökord under sökningens gång. Att både fritext och ämneskoder använts i sökningarna ökade chansen att finna artiklar som inte indexerats under ämnesord. De artiklar som inkluderades i litteraturöversikten återkom också i många av de olika sökningarna, vilket ändå talar för att sökorden var sensitiva och får anses vara en styrka (Henricsson, 2017).

Att de inkluderade artiklarna är kvalitetsgranskade med hjälp av Sophiahemmet Högskolas granskningsprotokoll (bilaga A) är en direkt strategi för kvalitetssäkring (Polit & Beck, 2017). Ingen artikel exkluderades efter kvalitetsgranskningen. Antalet inkluderade artiklar styrdes av Sophiahemmet Högskolas rekommendationer samt litteraturöversiktens resurser. Att det blev åtta artiklar vardera av kvantitativa och kvalitativa artiklar som inkluderades till litteraturöversikten var en slump.

Majoriteten av de kvantitativa artiklarna inkluderade i litteraturöversikten föreslår informationsämnen för patienter och ber patienterna tala om ifall ämnena är viktiga eller inte och i så fall, hur mycket. Det kan diskuteras huruvida de föreslagna ämnena korrekt speglar patienternas faktiska behov, dock är instrumenten i flera av dessa studier framtagna tillsammans med både vårdpersonal och patienter (Frick, Wiedermann et al., 2012; Kilonzo & O'Connell, 2011; de Melo Ghisi et al., 2014). Att ingen av patienterna rankar informationen som oviktig skulle kunna vara ett uttryck för att patienter inte vågar välja bort information som föreslås av en vårdgivare. Dock överensstämmer de efterfrågade ämnesområdena bland de kvantitativa och kvalitativa studierna, vilket talar för en representativ bild av informationsbehovet och stärker litteraturöversikten.

Då det kan argumenteras att ingen forskning kan uppnå full objektivitet, är ett sätt att minska subjektiviteten att vara fler än en person som utför litteraturöversikten (Polit & Beck, 2017). Det är en styrka att båda författarna till litteraturöversikten har diskuterat inklusion och innehåll av valda artiklar, samt utfört självständiga kvalitetsgranskningar. På så sätt kan författarna utvärdera varandras slutsatser, vilket minskar risken för partiskhet och ökar reliabiliteten (Henricsson, 2017; Polit & Beck, 2017). Att arbetsprocessen successivt granskats av handledare och medstudenter är också en styrka (Henricsson, 2017). Båda författarna till litteraturöversikten arbetar dock med studerat område, och har själva erfarenhet av att bemöta berörd patientgrupp med anhöriga samt ge information om AKS. I granskningen av litteraturöversiktens artiklar har därför en kontinuerlig diskussion förts kring vad som går att utläsa av artiklarnas resultat och vad som är författarnas förförståelse till materialet. Att förförståelsen till viss del påverkat resultatet måste dock tas i beaktning (Polit & Beck, 2017).

Att olika artiklar använder sig av olika begrepp för att beskriva informationsprocessen kan göra det svårt att avgränsa forskningsfrågan och litteratursökningen, vilket kan vara en svaghet. Det gör det också svårare att generalisera resultatet eftersom vården är olika organiserad mellan och inom olika länder och då olika begrepp och strukturer för sekundärprevention vid AKS finns. Å andra sidan utgår länderna från samma eller liknande guidelines - majoriteten av litteraturöversiktens artiklar är av europeiskt ursprung, och har europeiska riktlinjer att tillgå. En artikel utförd i Asien särskiljer sig något från resten av artiklarna och kan därför göra resultatet svårare att generalisera till västerländsk

kultur. Perspektiv på behov av information från olika kulturer kan dock anses gynnsamt i ett vårdssystem som ställer allt högre krav på multikulturell adaptation. En av de inkluderade artiklarna är också utförd på Färöarna, vars population kan argumenteras utgöra en specifik skandinavisk subkultur. Resultatet i studien särskiljer sig dock inte från övriga artiklar.

### **Slutsats**

Patienters behov av information i samband med AKS och efterföljande hjärtrehabilitering var omfattande och patienter ansåg inte att någon information var oviktig. Även om informationen kunde vara svår att tillgodogöra sig i det initiala skedet av AKS var den betydelsefull och fyllde en viktig funktion. Patienter tyckte att det var svårt att applicera standardiserad information på sin egna situation och önskade att informationen individualiserats. Individuell information underlättar även förståelse för relevansen av livsstilsförändringar och möjliggör delaktighet. Informationsbehovet varierade över tid men kvarstod fortfarande efter två år, främst rörande farmakologisk behandling, hjärtsjukdomen i sin helhet och livsstilsförändringar.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Resultatet kan användas till att ge sjuksköterskor en större förståelse för vilken funktion patientinformation fyller i olika delar av vårdförloppet och till att därefter fokusera informationsdelgivningen. Att enligt ett personcentrerat synsätt utgå från patientens tidigare erfarenheter och kunskaper underlättar individualisering av informationen. Det kan vidare bidra till att sjuksköterskor möjliggör förbättring av patienters egenvård. I resultatet sökte patienterna i en studie självmant hjälp av appar (Valaker et al., 2017), vilket skulle kunna vara ett sätt att använda sjuksköterskors kunskap om patienters informationsbehov. Med digitala hjälpmedel kan vårdgivare komma närmare patienten i det dagliga livet med individanpassade program. Resultatet visar också att patienter tyckte att de fick vänta för länge på hjärtrehabilitering (Askham et al., 2010; Cartledge et al., 2018). Vidare studier skulle kunna undersöka om deltagandet skulle öka och i förlängningen återinsjuknandet minska, om hjärtrehabiliteringen startar tidigare. Tidigare hjärtrehabilitering skulle kanske också minska risken för att patienten återgår till gamla vanor mellan utskrivning och rehabilitering. Vidare är sjuksköterskans roll i informationsdelgivningen mycket viktig. Ett nytt sätt att se på patientinformation ställer nya krav på sjuksköterskans pedagogiska kompetens och ansvar. Patientinformation bör förutom att tillhandahålla fakta fokusera på att öka patienters autonomi och förmåga att själva söka gynnsam information. Fortlöpande kompetensutveckling är nödvändig för att möta patienter och anhöriga i deras unika situation samt för att anpassa omvårdnaden efter deras behov i en samtidigt resurspressad sjukvård. Sjukvården bör inrikta patientinformation på att höja hälsolitteraciteten så att patienters empowerment stärks. Då får patienter bättre förutsättningar att tillgodogöra sig information och självständigt utföra egenvård. För att uppnå detta är personcentrerad vård en förutsättning.

## REFERENSER

- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D., Zwisler, A., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. (2016). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American college of cardiology*, 67(1). doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.044
- \* Askham, J., Kuhn, L., Frederiksen, K., Davidson, P., Edward, K., & Worrall-Carter, L. (2010). The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9–10), 1352–1361. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03013.x
- \* Baigi, A., Bering, C., Hildingh, C., & Almerud, S. (2009). Non-attendees' attitudes to the design of a cardiac rehabilitation programme focused on information of risk factors and professional involvement. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 62–66. doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.04.001
- Bailey, S. C., Fang, G., Annis, I. E., O'Connor, R., Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2015). Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *British Medical Journal Open* 5:e 006975. doi:10.1136/bmjopen-2014-006975
- Bawden, D., & Robinson, L. (2009). The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science*, 35 (2), 180–191.
- Bentzon, J. F., Otsuka F., Virmani R., & Falk, E. (2014). Mechanisms of plaque formation and rupture. *Circulation Research*, 114(12), 1852-1866. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.114.302721
- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., ... Aitken, L. (2014). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian critical care*, (28), 134-139. doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. (2017). *The BACPR standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation (3rd Edition)*. Hämtad från [https://www.bacpr.com/resources/BACPR\\_Standards\\_and\\_Core\\_Components\\_20171.pdf](https://www.bacpr.com/resources/BACPR_Standards_and_Core_Components_20171.pdf)
- Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Welch, K., & Taylor, R. S. (2011). Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Systematic Review*, 7(12). doi: 10.1002/14651858.CD008895.pub2
- \* Cartledge, S., Feldman, S., Bray, J. E., Stub, D., & Finn, J. (2018). Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1157–1169. doi.org/10.1111/jan.13522



- Chow, C. K., Jolly, S., Rao Melacini, P., Fox, K. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, *121*(6), 750-758. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523.
- Commodore-Mensah, Y., & Dennison Himmelfarb, C. (2012). Patient Education Strategies for Hospitalized Cardiovascular Patients: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *27*(2), 154–174. doi:10.1097/JCN.0b013e318239f60f
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* *5*(1), 37-44. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005
- Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D. M., Nugent, K., Shipman, A., & Spertus, J. A. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing* *22*(6), 459-65. doi:10.1097/01.JCN.0000297391.11324.0f
- Dracup, K., McKinley, S., Doering, L. V., Riegel, B., Meischke, H., Moser, D. K., ... Paul, S. M. (2008). Acute coronary syndrome: what do patients know? *Archives of Internal Medicine*, *168*(10), 1049-1054. doi: 10.1001/archinte.168.10.1049
- Dudas, K., Olsson, L. E., Wolf, A., Swedberg, K, Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *12*(6), 521-528. doi:10.1177/1474515112472270
- Dunlay, S., Pack Q., Thomas, R., Killian, J., & Roger, V. (2014). Participation in cardiac rehabilitation, readmissions, and death after acute myocardial infarction. *American Journal of Medicine*, *127*(6), 538-546. doi:10.1016/j.amjmed.2014.02.008
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*, 248–251.
- Eldh, A.C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, *21*(1), 21-32.
- \* Eshah, N. F. (2011). Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. *Nursing & Health Sciences*, *13*(3), 238–245. doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00608.x
- \* Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2011). The congruence of patient communication preferences and physician communication behavior in cardiac patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, *31*(6), 349–357. doi:10.1097/HCR.0b013e318228a341
- Fors, A., Taft, C., Ulin, K., & Ekman, I. (2016). Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized

- controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 186–194. doi.org/10.1177/1474515115623437
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \* Frick, U., Gutzwiller, F. S., Maggiorini, M., & Christen, S. (2012). A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. II: Insights for patient education and quality improvement. *Patient Education & Counseling*, 86(3), 366–371. doi:10.1016/j.pec.2011.06.004
- \* Frick, U., Wiedermann, W., & Gutzwiller, F. S. (2012). A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. I: Are treatment satisfaction and disease specific knowledge continuous latent traits? *Patient Education and Counseling*, 86(3), 360-365. doi:10.1016/j.pec.2011.06.003.
- \* Greco, A., Cappelletti, E. R., Monzani, D., Pancani, L., D'Addario, M., Magrin, M. E., ... Steca, P. (2016). A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC Family Practice*, 17, 1–10. doi.org/10.1186/s12875-016-0534-8
- Goggins, K. M., Wallston, K. A., Nwosu, S., Schildcrout, J. S., Castel L., & Kripalani, S. (2014). Health literacy, numeracy, and other characteristics associated with hospitalized patients' preferences for involvement in decision making. *Journal of Health Communication*, 2, 29-43. doi: 10.1080/10810730.2014.938841.
- Hanssen, T. A., 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. doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur AB.
- Höglund, A. T., Winblad, U., Arnetz, B., & Arnetz, J. E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 482–489. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Widimský, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

- Kambhampati, S., Ashvetiya, T., Stone, N. J., Blumenthal, R. S., & Martin, S. S. (2016). Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. *Current Cardiology Reports, 18*(5), 49. doi:10.1007/s11886-016-0729-6.
- Karolinska Institutet (u.å.). Svensk MeSH. Hämtad 20 mars, 2019, från <https://mesh.kib.ki.se>
- \* Kasteleyn, M. J., Gorter, K. J., van Puffelen, A. L., Heijmans, M., Vos R. C., Jansen, H., & Rutten, G. E. (2014). What follow-up care and self-management support do patients with type 2 diabetes want after their first acute coronary event? A qualitative study. *Primary Care Diabetes, 8*(3), 195-206. doi: 10.1016/j.pcd.2013.12.001.
- \* Kilonzo, B., & O'Connell, R. (2011). Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing, 20*(7–8), 1160–1167. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03601.x
- Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyorala, K., & Keil, U. (2009). EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation: official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, 16*(2), 121-137. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b1d.
- Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., & De Bacquer, D. (2012). Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. *European Journal of Preventive Cardiology, 20*(5), 817-826. doi.org/10.1177/2047487312449591
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Författaren och Natur & Kultur.
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 391–401.
- \* López-Medina, I. M., Gil-García, E., Sánchez-Criado, V., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2016). Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia. *Clinical Nursing Research, 25*(1), 45–66. doi.org/10.1177/1054773814534440
- \* de Melo Ghisi, G. L., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Sawula, H., & Oh, P. (2014). Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. *Patient Education & Counseling, 95*(1), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.020>
- Mead, H., Andres, E., Ramos, C., Siegel, B., & Regenstein, M. (2010). Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Education and Counseling, 79*(1), 69-76. doi: 10.1016/j.pec.2009.08.003.

- Neumann, F. J., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A. P., Benedetto, U., ... Zembala, M. O. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, *40*(2), 187–165. doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*, 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Nymark, C., Saboonchi, F., Mattiasson, A. C., & Henriksson, P. (2017). Development and validation of an instrument to assess patients' appraisal, emotions and action tendencies preceding care-seeking in acute myocardial infarction: The PA-AMI questionnaire. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(3), 240–248. doi:10.1177/1474515116652758
- O'Brien, F., O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., & Moser, D. (2013). Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *12*(2), 201–208. doi.org/10.1177/1474515112446544
- Ogmundsdottir Michelsen, H., Hagstrom, E., Sjolín, I., Schlyter, M., Kiessling, A., Held, C., Hag, E., ... Leosdottir, M. (2017). Swedish cardiac rehabilitation programmes; a descriptive nationwide analysis - the perfect CR study. *European Heart Journal*, *38*. doi.org/10.1093/eurheartj/ehx493.P4912
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Pack, Q., Mansour, M., Barboza, J., Hibner, B., Mahan, M., Ehrman, J., ... Keteyian, S. (2013). An early appointment to outpatient cardiac rehabilitation at hospital discharge improves attendance at orientation: a randomized, single-blind, controlled trial. *Circulation*, *127*(3), 349-355. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.121996
- Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad 20 mars, 2019, från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Perel, P., Avezumy, A., Huffmanz, M., Paisx, P., Rodgersk, A., Vedanthan, R., . . . Yusuf, S. (2015). Reducing Premature Cardiovascular Morbidity and Mortality in People with Atherosclerotic Vascular Disease: the World Heart Federation Roadmap for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. *Global Heart*, *10*(2), 99-110. doi:10.1016/j.gheart.2015.04.003
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Verschuren, W. M. M. (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) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, (37), 2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303-310. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x
- Redfern, J., Hyun, K., Chew, D. P., Astley, C., Chow, C., Aliprandi-Costa, B., ... Briffa, T. (2014). Prescription of secondary prevention medications, lifestyle advice, and referral to rehabilitation among acute coronary syndrome inpatients: results from a large prospective audit in Australia and New Zealand. *Heart (British Cardiac Society)*, 100(16), 1281-1288. doi:10.1136/heartjnl-2013-305296
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., ... Windecker, S. (2015a). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37, 267–315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 375-390). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rymer, J., Kaltenbach, L., Anstrom, K., Fonarow, G., Erskine, N., Peterson, E., & Wang, T. (2018). Hospital evaluation of health literacy and associated outcomes in patients after acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 198(4), 97-107. doi.org/10.1016/j.ahj.2017.08.024
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
- Socialstyrelsen. (2015a). *Nationella riktlinjer: utvärdering 2015; Hjärtsjukvård - indikatorer och underlag för bedömning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19998/2015-12-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015b). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - handbok för chefer, vårdgivare och personal*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

- Socialstyrelsen. (2018a). *Statistik om hjärtinfarkter 2017*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21176/2018-12-42.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20999/2018-6-28.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018c). *Nationella riktlinjer - Målnivåer - Hjärtsjukvård - Målnivåer för indikatorer 2018*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19923/2015-10-3.pdf>
- Speechly, C., Bridges-Webb, C., McKenzie, S., Zurynski, Y., & Lucas, A. (2010). Patient and general practitioner attitudes to healthy lifestyle behaviours and medication following coronary heart disease: an exploratory study. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 154-158. doi:10.1071/PY09011
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1351-1360. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01454.x
- Stockholms Läns Landsting. (2016). Riskvärdering, prevention och utskrivning vid kranskärslssjukdom. I *Vårdgivarguiden*. Hämtad 27 mars, 2019, från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardriktlinjer/akut-hjartsjukvard/aks/riskvardering-prevention-och-utskrivning-vid-kranskarlssjukdom/>
- Stockholms Läns Landsting. (2017). Akut icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina pectoris. I *Vårdgivarguiden*. Hämtad 12 mars, 2019, från <https://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardriktlinjer/akut-hjartsjukvard/aks/akut-icke-st-hojningsinfarkt/>
- \* Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513-521. doi:10.1177/1474515115618569
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtat från Swenurse websida: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtat från Swenurse websida: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

- Swedeheart. (2018). *Swedeheart årsrapport 2017*. Hämtat 29 november från Swedehearts websida: <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/component/edocman/swedeheart-arsrapport-2017-swedish-svensk/viewdocument?I>
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (2019). ESC Scientific Document Group; Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*, *40*, 237–269. doi:10.1093/eurheartj/ehy462
- Timmins, F. (2005). A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical Care*, *10*, 174–183.
- \*Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., & Fridlund, B. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(5), 444–452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>
- \* Vosbergen, S., Janzen, J., Stappers, P. J., van Zwieten, M. C. B., Lacroix, J., Idema, K., ... Peek, N. (2013). A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services. *International Journal of Medical Informatics*, *82*(12), 1183–1194. doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.09.001
- \* White, S., Bissell, P., & Anderson, C. (2010). Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development. *Journal of Health Services Research & Policy*, *15*, 47–53. doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009103
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Hämtad från <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Worth, A., Tierney, A. J., & Watson N.T. (2000). Discharged from hospital: should more responsibility for meeting patients' and carers' information needs now be shouldered in the community? *Health and Social Care in the Community* *8*(6), 398–405.
- 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.

## BILAGA A - Kvalitetsbedömning

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.



## BILAGA B – Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Askham, J., Kuhn, L., Frederiksen, K., Davidson, P., Edward, K. L., Worrall-Carter, L. 2010 Danmark	The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome	Att beskriva upplevelsena hos en grupp färöiska kvinnor med fokus på deras behov av information och stöttning.	Data inhämtades genom kvalitativ metod med naturalistisk undersökningsdesign och semistrukturerade intervjuer. Deltagarna rekryterades genom ändamålsurval från den enda hjärtvårdsavdelningen på Färöarna, och intervjuades 3-4 veckor efter sin första kända hjärthändelse. Intervjuerna spelades in och transkriberades, varefter datan kodades och sorterades efter de teman som framkom. Intervjuerna fortsatte tills saturation var uppnådd.	N=8	Två huvudteman framkom; "utskrivning; och nu då?" samt "riskfaktorhantering och livsstilsjusteringar". Generellt tyckte deltagarna att de fått otillräcklig information under sjukhusvistelsen. Information om utskrivning upplevdes otydlig. De hade också svårt att minnas specifika detaljer eftersom de vid tillfället mått för dåligt eller varit för trötta för att fokusera på information. De tyckte att audiovisuell information fungerade allra bäst, och att de varit för trötta för att läsa broschyrer under vårdtiden. Att kunna ställa frågor på sitt modersmål identifierades som en förutsättning för att kunna ta del av information. De kände sig också osäkra på hur de skulle hantera symtom hemma och hur mycket de fick anstränga sig vad gäller hushållsarbete och träning. Alla deltagare kände till de flesta olika riskfaktorer som finns men några av deltagarna hade svårt att koppla riskfaktorer till sin egen situation. En påtalade att inget kunde göras eftersom att ärftligheten var problemet, en annan skyllde på högt blodtryck och diabetes och ytterligare någon menade att inte övervikten kunde leda till hjärtinfarkt. Några tvivlade också på att de verkligen behövde livslång medicinering trots den information de fått, och en del fick bara skriftlig information om mediciner. Många uttryckte låg kunskap om AKS och symtom samt osäkerhet kring ifall de skulle få en ny hjärthändelse. Hjärthändelsen påverkade deras självuppfattning och de önskade emotionellt stöd för återgång till vardag och arbete. Ängest och oro berodde till stor del på bristande information om deras hjärtsjukdom och återhämtning. Deltagarna framlyfte att utan adekvat information som stöd för deras egna beslut, hade de svårt att bedöma sin egen förmåga vilket påverkade deras liv. Flera tyckte inte att hjärtrehabiliteringen skulle vara användbar när den startade först efter en månad.	I K
Baigi, A., Bering, C., Hildingh, C., Almerud, S. 2009 Sverige	Non-attendees' attitudes to the design of a cardiac rehabilitation programme focused on	Syftet var att utforska attityder till utformningen på hjärtrehabilitering som fokuserar på information om riskfaktorer och professionellt engagemang,	Genom ett bekvämlighetsurval rekryterades deltagare till en enkätstudie. Två tredjedelar var män och deltagarnas medelålder var 64 år. Alla som vårdats för hjärtinfarkt, CABG eller PCI på ett sjukhus i södra Sverige (158) och som avböjt	N=100 (15)	Deltagarna rankade tre punkter på nästan samma nivå av betydelse i hjärtrehabiliteringsprogrammet, nämligen; hypertension (100%), rökning (99%) och matvanor (99%). I övrigt rankades: stress (92%), stillasittande livsstil (92%), ärftlighet (89%) och diabetes (89%). Minst viktigt rankades depression (85%) och social isolering (71%). Bland patienterna sågs att de som genomgått CABG listade hypertonin och	I P

	information of risk factors and professional involvement	hos dem som valt att inte delta i hjärtrehabilitering.	möjligheten att delta i ett hjärtrehabiliteringsprogram (131) sågs som potentiella deltagare. Deltagarna fick svara på en enkät med 68 frågor gällande nio olika riskfaktorområden. Svaren rankades utifrån en ordinalskala frånsett den data som berörde olika sociodemografiska karaktäristika. För att undersöka skillnader mellan kön användes chi-square-test. För att avgöra vilka variabler som patienter ansåg viktigast användes logistisk regression och oddskvot. För att testa signifikansnivån användes tvåsidigt test.		stillasittande som viktigast, däremot såg man ingen skillnad i mellan de som haft hjärtinfarkt och de som gjort PCI eller CABG. Vilken yrkeskategori som ska förmedla informationen skiljde sig lite mellan ämnena, men läkare och sjuksköterska nämndes oftast, följt av socialarbetare och dietister. För stress och diabetes ansåg även deltagarna att fler än en yrkeskategori behövdes. Kvinnor önskade helst information om rökning från sjuksköterskor (p=0.007), medan män föredrog läkare (p=0.003). Män föredrog också i större utsträckning läkare för information om depression (p=0.018), men arbetsterapeut för stress (p=0.038) och socialarbetare för social isolering (p=0.037). En skillnad framkom med hänsyn till sociodemografiska uppgifter; patienter yngre än 65 år föredrog socialarbetare för depressionsrelaterade frågor (p=0.036).	
Cartledge, C., Feldman, S., Bray, J. E., Stub, D, Finn, J. 2018 Australien	Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: a qualitative study	Syftet var att erhålla ett omfattande perspektiv på patienters och partners erfarenheter av utbildning efter en akut hjärthändelse. Ett mål var också att nå en förståelse för attityder, preferenser och intentioner gällande framtida utbildning i HLR.	Kvalitativ studie med fenomenologisk design med teorin om planerat beteende (TPB) som verktyg för att förstå deltagarnas framtida intentioner. Deltagarna rekryterades från ett stort sjukhus i Melbourne genom ändamålsurval, tolv par ingick i studien. Data samlades in genom journaler med klinisk data och undersökningar. Det hölls semistrukturerade intervjuer där de till en början även frågade om sociodemografisk data som inte fanns i journalen. Dessa spelades in och transkriberades, kodades sedan till underteman och huvudteman. Fortsatta intervjuer hölls tills ingen mer information fanns att inhämta.	N=24	Fyra teman framkom i studien; "den känslomässiga reaktionen på händelsen", "information", "kontroll" och "ansvar". Det initiala skedet av hjärthändelsen präglades av förnekelse och chock och påverkade hur deltagarna tog emot och uppfattade utbildning. Patienter som haft STEMI upplevde informationen i den akuta fasen som positiv. Majoriteten saknade både skriftlig och muntlig information i den akuta fasen, och klarhet i vad som hänt relaterade till mängden information som givits. Generellt kände deltagarna sig dåligt förberedda på hemgång, otillräckligt informerade om sin diagnos, och att väntan på hjärtrehabiliteringen var lång. Informationen hade en positiv inverkan på upplevelsen av hjärthändelsen då den direkt påverkade patienternas känsla av kontroll. En fråga som återkom var varför hjärthändelsen inträffat, och var den viktigaste egenrapporterade frågan. Alla par utom ett hade en positiv attityd till att lära sig HLR.	I K
Eshah, N. F. 2011 Jordanien	Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs	Studien syftade till att identifiera och prioritera de faktiska inlärningsbehoven hos patienter med AKS och utforska skillnaderna i lärandebehov baserat på sociodemografiska och kliniska variabler.	Patienter med förstagångs-AKS rekryterades genom bekvämlighetsurval till en deskriptiv komparativ studie. Yngre patienter definierades som <45 år. Data insamlades genom intervjuer och självskattningsformulär. Lärobehov bedömdes genom Patient Learning Needs Scale, PLNS, som besvaras genom Likert-skala.	N=150	Samtliga deltagare rankade majoriteten av punkterna på PLNS som "väldigt viktigt" eller "extremt viktigt", vilket indikerar att informationsbehovet generellt var stort. PLNS totalvärde var medelvärde 3.98 (±SD 0.74). Deltagarna identifierade punkter inom de två kategorierna "medicin" 4.16 (0.72) och "behandling och aktivitet i dagligt liv" 4.11 (0.68) som av störst intresse. Gällande mediciner fanns frågor som varför de behövs, hur länge de ska tas, eventuella biverkningar samt hur och när ska de tas. Patienterna undrade även över viken fysisk aktivitet som de inte fick utföra. Yngre (<45år) hade högre informationsbehov än äldre (p = 0.002) och personer med låg socioekonomisk status hade ett	I P

					mindre informationsbehov. Patienter som redan hade kroniska sjukdomar såsom diabetes hade också ett lägre informationsbehov (p = 0.00). Högre informationsbehov sågs hos personer med hög inkomst (p = 0.00), personer som bor i städer (p = 0.04), personer som använder privata transportmedel (p = 0.001), personer som inte tittar på utbildnings-tv (p = 0.034), personer som inte har diabetes (p = 0.00), och personer som sällan besöker läkaren (p = 0.06).	
Farin, E., Gramm, L., Schmidt E. 2011 Tyskland	The congruence of patient communication preferences and physician communication behavior in cardiac patients	Syftet var att analysera patienters kommunikationspreferenser samt läkares kommunikation, bland patienter med kronisk ischemisk hjärtsjukdom.	Enkätstudie där frågeformulär delades ut vid två tillfällen till patienter som genomgick hjärtrehabilitering. Det första frågeformuläret gavs ut i början av rehabiliteringsprogrammet; KOPRA (Kommunikationspraferenzen), med 32 frågor som kategoriserats i fyra teman om preferenser gällande patientdeltagande och patientorientering (PPO), effektiv och öppen kommunikation (EOC), emotionellt stödjande kommunikation (ESC) och kommunikation om personliga omständigheter (CPC). Det andra frågeformuläret; KOVA, med 23 frågor baserade på första frågeformuläret, gavs ut i slutet av programmet och mätte läkares kommunikationsbeteende ur patientens perspektiv. Statistiska analyser som användes var single-faktor bekräftande faktoranalys, jämförande passningsindex, root mean square error of approximation, och Tucker-Lewis index. Genomsnittlig tid mellan frågeformulären var 18,4 (+/- 3.1) dagar.	N=342	Den kommunikation som patienterna ansåg viktigast var "effektiv och öppen kommunikation", EOC. I det temat fanns punkten "informerar öppet och direkt om sjukdomsrelaterade saker som kan vara stressande", i vilken signifikansen var högre än alla andra punkter (p <0.001). Näst viktigast var emotionellt stödjande kommunikation, ESC, och patientdelaktighet, PPO. Sist var kommunikation om personliga omständigheter, CPC. Information och beskrivning av behandlingar är minst lika viktigt som deltagandet i behandlingsbesluten. Patienter uppfattar det som om läkarna är bättre på att skaffa information från dem än att ge dem information om behandlingar. Dessa skillnader var statistiskt signifikanta (p <0,01). Patienter uppfattar dock att alla fyra aspekter på kommunikation är viktiga. Ålder spelar roll; PPO och EOC är viktigare för yngre än för äldre. Äldre tyckte ESC och CPC var viktigast. Studien fann ingen skillnad mellan kön.	I P
Frick, U., Gutzwiller, F. S., Maggiorini, M., Christen, S. 2012 Schweiz/ Österrike	A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. II: Insights for	Del II:s syfte är att presentera typiska mönster i tillfredsställelse och kunskap bland patienter med AKS samt dess koppling till anamnestiska variabler och egenskaper i sjukvårdssystemet.	Den forskning som gjordes i del I av denna studie kan ses nedan. Latenta klassanalyser (LCA) resulterade i sannolikhetsmedlemskap för patienterna till varje fråga i frågeformuläret. Där hittades fyra konfigurativa mönster av kunskap och fem distinkta mönster av tillfredsställelse. I detta andra steg	Totalt antal N=2015 (959)  N= 1301 (1673) Socio- demografisk karaktär	Nästan 50% av alla patienter hade otillräcklig kunskap vid utskrivning, som fel information om nödvändiga livsstilsförändringar samt dysfunktionella strategier för framtida nödsituationer. Det framkom att äldre patienter var mer nöjda än yngre. De två nöjdaste grupperna påpekar dock att det fanns brister i informationen om medicin. Den svåraste informationen att förhålla sig till för alla patienter var att inte ringa läkaren direkt vid smärta utan att använda sitt nitroglycerin. Av patienterna visste dock 90% att de skulle ta sin bröstsmärta på	I R

	patient education and quality improvement		regredierades statistisk analys av en uppsättning potentiellt prediktiva variabler vilka bestod av patients sociodemografiska och/eller kliniska variabler samt egenskaper hos sjukvårdssystemet. Kritisk nivå av alfa sattes till 0,05. Provet skalanalyserades och en delmängd användes för regressionsanalys.	N= 2015 (959) Kunskapstestet  N=1734 (1240) tillfredsställelseformulär	allvar. Största gruppen (52%) där männen var överrepresenterade, hade en god kunskap och var yngre. Näst största gruppen (30%) hade dålig kunskap om livsstilsförändring, gällande fettintag, träning och sexuella aktiviteter. Här var kvinnorna överrepresenterade. Den äldsta gruppen (14%) var de som hade näst sämst kunskap. De visste mer om livsstilsförändring än om strategier vid en akut situation och väntar längre innan de söker sjukvård. Minsta gruppen (4 %) hade sämst kunskap, och här fanns nästan lika mycket kvinnor (46%) som män. Faktorer associerade med kunskap och tillfredsställelse: Patienterna med den subjektiva uppfattningen om sin egen kunskap (de som kände sig "informerade och nöjda") kommer troligen även att ses i gruppen "fel informerade om livsstilsförändringar" (KnowLC2), men inte i gruppen "låg kunskap" (KnowLC4). Att vara "helt missnöjd" förutsår att hamna i gruppen dysfunktionell strategi för en framtida nödsituation (KnowLC3). De yngre patienterna (medelålder 61,7 år) hamnar sannolikt i gruppen "goda kunskaper" (KnowLC1), och de äldre (medelålder 72,7 år) det motsatta, alltså KnowLC4 eller KnowLC2. Smärterfarenheter under vårdtiden leder troligen inte till att de hamnar i gruppen KnowLC3. Gruppen KnowLC1 kan förknippas med en extra sjukförsäkring (vilket indirekt indikerar högre utbildning och social klass). Komorbiditet är vanligare hos det kvinnliga könet, ger längre vårdtid samt påverkar patienter så att de troligen inte kommer tillhöra gruppen KnowLC1. Kvinnor tenderar att överdriva livsstilsförändringarna. Smärta och lång vårdtid kan innebära att man hamnar i gruppen KnowLC2, och att de patienterna inte har en extra sjukförsäkring. Bara två sjukhus kan skilja sig från övriga 34. En av dem visade ett signifikant mindre antal av gruppen KnowLC3. Det andra hade ett högre antal KnowLC4.	
Frick, U., Wiedermann, W., Gutzwiller, F. S. 2012 Schweiz/ Österrike	A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. I: Are treatment satisfaction and disease specific knowledge	Syftet var att testa psykometriska egenskaper hos ett frågeformulär som täcker behandlings-tillfredsställelsen och den sjukdomsspecifika kunskapen av patienter med AKS.	Frågeformulär delades ut vid utskrivning till alla patienter med AKS på 35 schweiziska sjukhus under 1,5 år. Yngre patientgruppen hade en medelålder på 61,7 år och den äldre en medelålder 72,7 år. Detta frågeformulär baserades på en fokusgrupp med patienter och frågor som täckte tillfredsställelsen med behandlingen. Frågeformuläret besvarades med en likertskala med fyra rankningar. Den kunskapsbaserade delen baserades på	Totalt antal N=2015 (959)  N= 1301 (1673) Socio-demografisk karaktär	De fem olika latenta klasserna av patientens tillfredsställelse och fyra olika latenta klasser av den sjukdomsspecifika kunskapen drogs från passande index (se metoden). De fyra klasserna var optimala för patienternas sjukdomsspecifika kunskaper (KnowLC1 till KnowLC4). KnowLC1 (52%) visade att patienterna hade god kunskap om det mesta. Patienterna i KnowLC4 (4%) hade dålig kunskap om allt. I KnowLC2 (30%) fanns kunskap om akuta situationer, men låg kunskap om livsstilsförändringar. Tvärtom var patienter i KnowLC3 (14%) välinformerade om livsstilskrav, men hade inga strategier för en nödsituation. När det gällde patientens tillfredsställelse fanns fem latenta klasser (SatLC1 till SatLC5). I tre av de fem klasserna	I P

	continuous latent traits?		<p>frågor gjorda av medicinsk expertis, där svaren angavs i sant eller falskt. Frågeformuläret kodades till patienten, denna kod sändes tillsammans med uppgifter om patienterna till ett nationellt register. Endast 1301 svar från de 2015 inskickade frågeformulären kunde kopplas till den sociodemografiska profilen på grund av ett fel i registret. För att kunna göra en skalanalys på kunskapstestet frågvis benämndes obesvarade frågor med "frågan inte löst" vilket även kunde associeras till tillfredsställelsen angående den självupplevda informationen som patienterna fått. För statistiska analyser gjordes latenta klassanalyser (LCA) i varsin separat del på frågor om tillfredsställelse och kunskap. Patienten kunde då sorteras i en latent klasstillhörighet/sannolikhetsmedlemskap. En tydlig klassificering nåddes med hjälp av modalvärde. För att få fram det valdes The Bayesian och konsistensen Akaike informationskriterie. På grund av få svar i den högsta kategorin "inte alls" av tillfredsställelsefrågorna, slogs denna kategori samman med svaret på den näst högsta frågan under LCA. En explorativ faktoranalys (EFA) användes. En tetrachoric korrelationskoefficientmatris av kunskapsfrågorna och en polychoric korrelationskoefficientmatris av de nio tillfredsställelsefrågorna användes för huvudkomponentsanalyser. Faktorer som uppvisade ett egenvärde &gt;1 behölls och varimax roterades. Resultatet av det gör att patienterna kunde representeras av få faktorpoäng istället för deras kompletta svarsmonster.</p>	<p>N= 2015 (959) Kunskapstest</p> <p>N=1734 (1240) tillfredsställelseformulär</p>	<p>sågs skillnader i tillfredsställelse gällande majoriteten av frågor. "Känner sig informerad och nöjd" hörde till klassen (SatLC3) 22,7%, "mindre nöjd" till (SatLC4) 11,6% och "totalt missnöjd" till (SatLC5) 5,6%. I de andra två klasserna upptäcktes avvikande svar gällande aspekter av medicineringen. Patienterna svarade "inte informerad om mediciner, men nöjd" i (SatLC1) 36,5% samt "inte informerad om mediciner och mest missnöjd" (SatLC2) 23,7%. I insamlingsdelen som utgjorde den sociodemografiska karaktären visade att en fjärdedel var kvinnor vilka var cirka sex år äldre än männen. De led oftare av flera sjukdomar än männen och behövde vara på sjukhus nästan två dagar längre. De fick färre perkutana ingrepp som primär terapeutisk strategi än män. Fler män än kvinnor hade rökt.</p>	
--	---------------------------	--	---	---	--	--

<p>Greco, A., Cappelletti, E. R., Monzani, D., Pancani, L., D'Addario, M., Magrin, M. E., ... Steca, P. 2016 Italien</p>	<p>A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome</p>	<p>Studien syftade till att utforska informationsbehovet och uppfattad relevans av olika informationskällor hos patienter under de första två åren efter ett akut koronart syndrom.</p>	<p>Patienter som nyligen diagnostiserats med förstagångs-AKS och som ingår i ett hjärtrehabiliteringsprogram rekryterades genom ändamålsurval. Medelålder för alla i studien var 57,3 år. Patienterna fick svara på frågor från sex domäner; "farmakologisk behandling", "kunskap om sjukdomen", "daglig aktivitet", "beteendevanor", "sjukdomens inverkan" och "risk och komplikationer", vid tre tillfällen; 6, 12 och 24 månader efter insjuknande. Frågorna besvarades med hjälp av Likertskala. Svaren testades sedan för förändring av informationsbehovet och uppfattad relevans över tid med variansanalys (ANOVA) och Cochran's Q-test.</p>	<p>N=217</p>	<p>En minskning i informationsbehovet över tid sågs i alla sex domäner, men minskningen var signifikant i tre: "daglig aktivitet", "beteendevanor" och "risk och komplikationer" (p &lt;0,01). Ingen minskning i informationsbehovet angående "farmakologisk behandling", "kunskap om hjärtsjukdom" och "sjukdomens inverkan" sågs. Efter 24 månader kvarstod behov av information om mediciner och hjärtsjukdom. I akut skede sågs patienter vilja ha information framför allt från specialister (89,6%), men även broschyrer (62,67 %). Patienter med partners (p =0,013), patienter utan anställning (p =0,029) samt äldre (p =0,003) hade ett ökande informationsbehov kring livsstil och stress (medelålder på alla i studien var 57,3 år) och patienter med partners hade större tyngdvikt vid information från familj (p &lt;0,014), vänner (p &lt;0,002) och informationsbroschyrer (p &lt;0,047). Även patienter med låg utbildning värderade dessa informationskällor högt med tillägg av television (p &lt;0,01). Patienter som gått i pension eller saknade anställning värderade också television högt (p &lt;0,01). Yngre patienter hade större behov av information kring stress än äldre (p &lt;0,05), och välutbildade patienter hade behov av information kring daglig aktivitet (p &lt;0,05) och livsstil (p &lt;0,01). Välutbildade patienter föredrog även internet som informationskälla (p &lt;0,01). Kvinnor och de som var gifta efterfrågade mer information om daglig aktivitet (p =0,020) men också om sjukdomsrelaterade komplikationer (p &lt;0,05). Äldre (p &lt;0,01) och män (p &lt;0,05) ansåg information från allmänläkare särskilt relevant. Över tid tenderade inflytandet från specialister att minska och relevansen av allmänläkare (p &lt;0,001), tidningar (p &lt;0,01), internet (p &lt;0,01) och television att öka (p &lt;0,001).</p>	<p>* P</p>
<p>Kasteleyn, M. J., Gorter, K. J., van Puffelen, A. L., Heijmans, M., Vos, R. C., Jansen, H., Rutten, G. 2013 Nederländerna</p>	<p>What follow-up care and self-management support do patients with type 2 diabetes want after their first acute coronary event? A qualitative study</p>	<p>Att undersöka hur patienter med diabetes upplever uppföljningen efter att ha drabbats av en akut koronarhändelse.</p>	<p>Det var en kvalitativ studie där data insamlades med hjälp av semistrukturerade fokusgrupper bestående av patienter som har diabetes och nyligen haft sin första hjärthändelse. Deltagarna ombads bjuda in närstående att delta i en separat fokusgrupp, dock var det bara tre närstående som deltog. Deltagarna rekryterades genom bekvämlighetsurval. De inspelade intervjuerna transkriberades och analyserades av två forskare för att identifiera relevant data. Data kodades</p>	<p>N=17(5)</p>	<p>Majoriteten av patienterna ansåg att coping skiljer sig mellan de som både har diabetes och ischemisk hjärtsjukdom och de som endast har hjärtsjukdom. Alla utom en deltagare tyckte att den information de fått var otillräcklig. En del tyckte att de fått tillräcklig information om hjärtat men otillräcklig information om hjärtproblem i kombination med diabetes. Flera patienter tyckte att det var svårt att hantera att de både har hjärtsjukdom och diabetes. Kombinationen ökade också rädslan för död. En patient framlyfte att han fick motsägelsefull information från sin allmänläkare och sin diabetessjuksköterska. Otillräcklig och motsägelsefull information orsakade osäkerhet. Två patienter och två närstående visste inte att diabetes är en riskfaktor för AKS. Hälften av patienterna var osäkra på vilken fysisk aktivitet som var okej, och lika många uppgav att de inte fått information om</p>	<p>I K</p>

			och kategorier skapades för att uttrycka innehållet från fokusgruppens perspektiv.		sexuell aktivitet vilket de saknade. Hälften av patienterna saknade också information om mediciner och visste inte riktigt vad de var för. Anhöriga efterfrågade objektiv information från vårdpersonal istället för att vara beroende av patientens version, och patienterna framlyfte också att det var svårt när inte deras partners är välinformerade. De flesta deltagarna uppgav att de velat ha information kring alla ämnen under vårdtiden eller kort efter utskrivning.	
Kilonzo, B., O'Connell, R. 2010 Irland	Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses	Syftet var att utvärdera patienternas inlärningsbehov efter PCI ur patientens perspektiv och att identifiera om hjärtsjukvårdsköterskan adekvat tog hänsyn till och mötte dessa behov.	Detta var en icke-experimentell deskriptiv studie där en uppdaterad version av frågeformuläret NIS (Nursing Information Scale), "NIS-PTCA version" (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) fylldes i av patienter och sjuksköterskor, där punkter rankades från 1-4 på en Likertskala. Patienter med koronarsjukdom och genomgången lyckad PCI rekryterades på en hjärtvårdsavdelning genom bekvämlighetsurval. Samtliga sjuksköterskor på avdelningen tillfrågades om deltagande. Formulärets interna konsistens beräknades med hjälp av Cronbachs alfa. Data analyserades med hjälp av Spearmans korrelationskoefficient och Mann-Whitney U-test.	N=46(3)	Både patienter (medel 3,84) och sjuksköterskor (3,87) ansåg att den sjukdomsspecifika informationen var allra viktigast och att den gavs i rimlig mängd (patienter: 3,72, sjuksköterskor: 3,54). Bland den sjukdomsspecifika informationen ansåg patienterna information om rökning (3,97), hjärtproblem (3,93) och behandling (3,93) allra viktigast, följt av individuell rådgivning av sjuksköterska (3,90) information om hjärtsjukdom (3,90), möjliga symtom (3,87), återhämtning (3,86), vård efter utskrivning (3,86), medicin (3,86), träning (3,83), riskfaktorer (3,83) och skriftlig information (3,77). Med undantag för rökning ansågs information om sekundärpreventiva åtgärder mindre relevant av patienterna. Punkter som hamnade på nedre halvan av rankningen var matvanor (3,75), vardagliga aktiviteter (3,73), andning (3,7), tid med sjuksköterskor (3,7), alkohol (3,55), rädsla för symtom (3,53), sömn (3,4), depression (3,36), vitalitet (3,32), toalettvanor (3,24), sexualliv (3,03), emotionell information (2,95) och spiritualitet (2,55). Alla punkter i enkäten rankades dock som antingen "väldigt viktigt" eller "ganska viktigt". På alla punkter förutom "mediciner" och "depression" uppgav patienterna i större utsträckning att sjuksköterskorna gav adekvat information än vad sjuksköterskorna ansåg själva.	I P
López-Medina, I. M., Gil-García, E., Sánchez-Criado, V., Pancorbo-Hidalgo, P. L. 2016 Spanien	Patients' experiences of sexual activity following myocardial infarction	Syftet var att beskriva patienters upplevelse av sexuell aktivitet efter myokardischemi.	En deskriptiv kvalitativ fenomenologisk studie. Data insamlades genom semistrukturerade intervjuer av patienter med akut hjärtinfarkt eller angina, alla patienter hade haft minst en hjärtinfarkt. Deltagarna rekryterades med hjälp av heterogent urval. Intervjuerna spelades in och transkriberades varefter meningsbärande enheter identifierades. Dessa sorterades sedan till teman. Forskarna använde sig av triangulering under analysprocessen. Intervjuerna	N=19	Ur data framkom fyra teman; "sexuell aktivitet blir annorlunda", "avgörande faktorer för att återgå till sexuell aktivitet", "hur sexuell aktivitet borde vara", och "mottagen information om sex". Majoriteten av patienterna uppgav att deras samliv förändrats efter insjuknande och att de fått för lite information. Oavsett hur lång tid som gått efter hjärthändelsen, fysisk kapacitet och aktuella rekommendationer kände sig studiedeltagarna inte bekväma med att återuppta sin sexuella aktivitet, och några avstod den helt. En del patienter saknade lust, och en del var rädda för att sex skulle orsaka en ny hjärthändelse eller död vilket också ledde till minskad aktivitet. Partnern kunde också vara den som var orolig och därför inte ville ha sex. Deltagarna upplevde en brist på information om när det går bra att återuppta sexuell	I K

			fortsatte tills saturation hade uppnåtts. För att se signifikans och förståelse mellan de olika temana och presentera resultatet upprättades en matris ur vilken det utarbetades en begreppskarta.		aktivitet efter hjärthändelser. Majoriteten uttryckte inte sitt behov av information eftersom de tyckte att det var genant. De flesta som fått information hade fått det via broschyrer. Negativa budskap som fanns i informationen var bland annat att undvika sex i början och att inte överdriva, vilket påverkade patienternas beteende och orsakade rädsla och förvirring kring när det var säkert att återuppta aktivitet. Manliga patienter verkade få mer information än kvinnliga.	
de Melo Ghisi, G. L., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Sawula, H., Oh., P 2013 Kanada	Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum	Syftet var att beskriva informationsbehovet hos patienter i hjärtrehabilitering samt dess koppling till sociodemografiska och kliniska karaktäristika, att undersöka om vårdgivare är medvetna om patienternas informationsbehov och föredragna format samt att utforska om informationsbehovet förändras över tid.	Tvårsnittsstudie som med hjälp av enkät som samlade självrapporterade sociodemografiska uppgifter, ranking av subjekt viktiga vid patient-information med hjälp av Information Needs in CR-instrumentet (INCR) samt föredragna format för undervisning. INCR utforskar behovet inom tio områden med 55 olika punkter, vilkas betydelse rankades med hjälp av Likertskala. Vid ranking av format valde patienterna mellan föreslagna format med möjlighet att lägga till eget förslag. Deltagare rekryterades från ett hjärtrehabiliteringscenter med hjälp av bekvämlighetsurval, svarsfrekvens bland patienter var 61,2% och bland vårdpersonal 47,5%. För att utvärdera rankingen av INCR kopplat till karaktäristika användes Pearson's korrelationskoefficient, t-test och variansanalys (ANOVAs). För att testa det genomsnittliga informationsbehovet och jämföra det mellan patienter och vårdpersonal användes Mann-Whitney U-test. Svar på öppna frågor såsom vid föredraget format kodades och kategoriserades så att teman framkom. För att testa hur informationsbehovet förändrades över tid sorterades patienterna efter antal månader i rehabilitering och jämfördes med variansanalys.	N=306 (225)	Den enda karaktäristikan signifikant kopplad till högre informationsbehov var låg inkomst (p <0,05). Ingen av patienterna rankade någon av punkterna i enkäten lägre än "viktiga" att lära sig. Viktigaste området var akutsituationer/säkerhet (medelvärde 4,58); som hur man känner igen angina, vad man ska göra, när man ska ringa doktorn och 112. Diagnostik, diagnos och behandling (4,42). Hjärtat, hjärtsjukdom och interventioner (4,39) - som hur hjärtat fungerar, vad kranskärlssjukdom är, vad som händer vid hjärtinfarkt samt hur behandling går till. Mediciner (4,37) - som vilka mediciner som är nödvändiga och hur man tar dem, bieffekter och alternativ. Nutrition (4,32) - som rekommendationer och hur man väljer rätt mat. Stress/psykosociala faktorer (4,31) - som hur man mår efter hjärtinfarkt, hur stress påverkar hjärtat. Träning och fysisk aktivitet (4,09) - som träningens effekter, säker träning, träning vid diabetes samt sexuell aktivitet. Riskfaktorer (3,93) - vilka de är, hur de påverkar hjärtat samt hur man hanterar dem. Detta gällde framförallt rökning och diabetes. Stödfunktioner (3,92) - service och organisationer. Arbete och sociala funktioner (3,65) - som när man kan återgå till arbete och börja köra bil. I början av rehabiliteringen var patienterna mest intresserade av mediciner och akutsituationer/säkerhet, i mitten av programmet skiftades behovet till nutrition, diagnos/behandling, och mot slutet av rehabiliteringen var behovet av information störst kring hjärtat, diagnos/behandling och akutsituationer/säkerhet. Det fanns två saker, diagnos och behandling, som patienterna signifikant rankade högre som informationsbehov än vårdgivarna. Patienterna föredrog att få information genom föreläsningar, böcker och diskussioner med personal i hjärtrehabiliteringsprogrammet. De önskade också att anhöriga inkluderades.	I P



<p>Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., Steinsbekk, A. 2016 Norge/Island</p>	<p>What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease.</p>	<p>Syftet var att utforska vilka kvaliteter som patienter med kranskärlssjuka identifierar hos en god utbildare.</p>	<p>Studien utfördes med en kvalitativ design och semistrukturerade intervjuer. Patienter som genomgått PCI inom en två-årsperiod i Island och Norge rekryterades genom ändamålsurval. Alla patienter som deltog hade gått en formell utbildning efter vårdtillfället. Vid intervjuerna användes en intervjuguide. De spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av systematisk textkondensering. Meningsenheter identifierades och sorterades till teman. Intervjuerna fortsatte till inga fler teman kunde identifieras.</p>	<p>N=17</p>	<p>Två teman uppkom; "trovärdighet" och "individualiserad utbildning". För att få förtroende för utbildaren, tyckte patienterna att utbildaren var tvungen att förmedla att hen visste vad hen pratade om, att informationen var vetenskapligt grundad och gärna att utbildaren var specialiserad. Det spelade ingen roll vilken profession utbildaren tillhörde. Det var också fördelaktigt att informationen var konsekvent med vad annan vårdpersonal sagt. Det var viktigt att informationen var individualiserad med hänsyn till patientens perspektiv och kunskap, att vårdpersonalen tog sig tid för dem och såg både det fysiska och mentala måendet samt att familjen inkluderades. Det underlättade när vårdpersonalen använde vardagligt språk. Grafisk undervisning hjälpte till att öka förståelsen för vad som hänt. Information som patienter särskilt önskade individanpassad var information om behandling och vad som hade hänt, varför det hänt dem och hur allt var relaterat till just deras symtom. Att få information om att det går att få fler stent om så behövs var trygghet. Det var också viktigt att utbildaren valde utbildningstillfälle med omsorg, eftersom patienterna kände sig begränsade i sin förmåga att ta till sig information under vårdtillfället. En del hade svårt att ställa frågor eftersom de inte visste vilken kunskap som kunde vara fördelaktig, och en del hade svårt att ställa frågor i grupp. Några ansåg att de kanske gjort annorlunda val om de förstått vidden av livsstilsförändringar. De flesta lyfte att det var viktigt att få ha kontroll, samtidigt som de sökte guidning av utbildaren och önskade att utbildaren försökte övertala dem angående skadliga vanor. De önskade information om hjärtat, hjärtsjukdom, orsaker, behandling och alternativ, mediciner, symtom, allvarlighetsgrad, återhämtning, konsekvenser, vilken aktivitet som är säker, återinsjuknande, komorbiditet, stress och känslomässiga reaktioner, hur man förbättrar återhämtning, tillgänglig hjälp och stöd samt riskfaktorer. Det fanns en rädsla för att få en ny hjärthändelse och att de då inte skulle klara av att kalla på hjälp.</p>	<p>I K</p>
<p>Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., &amp; Fridlund, B. 2017 Norge</p>	<p>Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings.</p>	<p>Att utforska hur patienter som genomgått PCI upplever kontinuiteten i vården mellan sekundär- och primärvård vid tidig utskrivning.</p>	<p>En induktiv explorativ design med djupintervjuer av 22 patienter sex till åtta veckor efter förstagångs-PCI, som alla haft någon typ av hjärtinfarkt. Deltagarna rekryterades med hjälp av ändamålsurval från ett PCI-center. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från Haggerty et al.'s definition av kontinuitet som bygger på tre teman: informationskontinuitet,</p>	<p>N=22</p>	<p>Patienterna var nöjda med den tekniska behandlingen men var ofta missnöjda med utskrivningsprocessen. En del patienter fick inget utskrivningsmeddelande innan de skickades till sitt hemsjukhus, och saknade skriven information om vårdtillfället. De fick lite tid med läkaren vid utskrivningen, ofta i korridoren då det var stressigt och ingen tid för frågor fanns. De upplevde att sjukhusen var okoordinerade vilket gjorde det tydligt hos vem ansvaret för vården låg. Patienterna ansåg att instruktioner som gavs vid utskrivning var otillräckliga. De var oförstående till varför hjärtinfarkten inträffat. De fick för lite information om</p>	<p>I K</p>

			ledningskontinuitet samt relationskontinuitet. Intervjuerna spelades in och transkriberades, och analyserades därefter genom kvalitativ innehållsanalys.		diagnos, PCI-behandlingen, medicin och tekniska aspekter, men ännu mindre om konsekvenserna av hjärtsjukdomen. De upplevde att informationen var yttlig och svår att praktiskt införa i sitt vardagliga liv, till exempel hemsysslor. De var osäkra på hur mycket hemsysslor de kunde utföra. Patienterna önskade att vårdpersonalen hade informerat dem om symtom eller hälsoproblem att vara uppmärksamma på efter utskrivning. Patienterna ringde tillbaka till sjukhuset när de hade frågor, och använde tidningar och internet till hjälp vid beslutsfattande. De patienter som deltog aktivt i sin vård var inte alltid nöjda med sin roll eftersom de kände sig för sjuka för att fatta egna beslut och inkapabla att vara den som tog initiativ till informationsdelgivning och önskade vården hade informerat istället. Patienter kände att information som de fick från allmänläkare var inkomplett. Det fanns också patienter som inte fick någon information om hjärtrehabilitering, varken från sjukhuset eller allmänläkare. En del patienter tyckte dock att hjärtrehabiliteringen var för omfattande och önskade kortare program eller e-hälsa och internetbaserad utbildning så att rehabiliteringen kunde utföras hemma. En del laddade ned livsstilsappar till hjälp.	
Vosbergen, S., Janzen, J., Stappers, P. J., van Zwieten, M., Lacroix, J., Idema, K., ... Peek, N. 2013 Nederländerna	A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services.	Syftet med studien var att få insikt i sjukdoms- och egenvårdserfarenheter från patienter i olika stadier av koronarsjukdom.	Kvalitativ metod med generativ teknik. Deltagare rekryterades genom ett bekvämlighetsurval från två hjärtkliniker, en hjärtrehabiliteringsklinik samt med hjälp av annonsering på internet och i två tidningar. Deltagarna delades in i tre grupper; A: pre-AKS med riskfaktorer och $\geq 5\%$ risk enligt SCORE, B: hospitaliserad inom det senaste halvåret för AKS, PCI eller CABG för första gången, C: hospitaliserad en eller fler gånger för ovanstående för mer än sex månader sedan. Studien är uppdelad i en första, sensitiserande fas där deltagarna med hjälp av kreativitet får utforska latent behov samt göra påståenden. Deltagarna fick hem ett paket med uppgifter som syftade till att utforska tidigare och nuvarande erfarenheter av hjärtsjukdom samt en dagbok, kamera och anteckningsbok. I	N=19 (4)	Studien fann sex kärnteman; "emotionella effekter av kranskärlssjukdom (CHD)", där många i grupp B och C beskrev hjärthändelsen som en bomb, initialt var besvikna på sin kropp och rädda för återkommande händelser; "erfarenheter av professionell vård under rehabilitering och uppföljning" där alla grupper generellt var nöjda. Grupp B uppgav dock att de saknade information om vad man kan förvänta sig efter utskrivning, men att de lärt sig känna igen symtom och att rehabiliteringen gjorde dem tryggare och underlättade fysisk återhämtning. Grupp A upplevde att det inte fanns tillräckligt med tid att ställa frågor, samt att det fördes diskussioner om andra hälsoproblem än de som patienten upplevde viktigt. De liksom grupp C ansåg även att medicininformationen var otillräcklig. I temat "uppfattad oförmåga att förhindra progression av sjukdomen och återkommande hjärthändelser" kände de flesta i grupp B och C att de inte kunde göra något för att förhindra progress av sjukdomen, för de hade levt hälsosamt och förstod inte varför de fått sjukdomen. Dock fanns det variation i grupp C där några deltagare uppmärksammade att risken kan minskas med en hälsosam livsstil. Likaså i grupp A fanns uppmärksamhet på livsstilsvanor men känslan av kontroll saknades. Deltagare i grupp B och C uttryckte ett behov av att förstå orsaken bakom	I K

			<p>den andra fasen delas erfarenheterna från första fasen med forskargruppen i semistrukturerade individuella intervjuer eller fokusgrupper. Deltagarna fick då göra collage av sitt insamlade material. Under sessionerna diskuterade deltagarna sina fotografier, teckningar och collage. Databaseringen transkriberades och analyserades av två självständiga forskare. Efter kodning identifierades teman och koncept.</p>		<p>hjärtsjukdomen. I temat "erfarenheter av att leva med CHD i vardagen" upplevde de flesta i grupp B och C att förutom den initiala rädsan och obehaget hade inget ändrats efter hjärthändelsen. Grupp A och C såg sig inte som patienter. Alla grupper uttryckte ett ogillande för mediciner. Temat "informationsbehov och föredragna källor för information" visade att bland alla tre grupper föredrog deltagare sjukvårdspersonal som informationskälla. Några föredrog internet. På internet eftersöktes information om mediciner, akut behandling eller förtydligande av något patienterna hört. Grupp A och C var de som hade lägst informationsbehov, och efterfrågades information rörde det framförallt komorbiditeter, mediciner och möjliga akuta problem. Grupp B efterfrågade förståelse för sjukdomsmekanismer och prognos. Generellt önskade deltagarna också individuellt anpassad information som gavs när de själva var redo för det. De uppgav att det var svårt att applicera informationen på sin egna situation.</p>	
<p>White S, Bissell P, Anderson C. 2010 England</p>	<p>Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development</p>	<p>Syftet var att utforska följsamhet till medicinsk behandling och livsstilsförändringar cirka tre månader efter hjärtrehabilitering. I ett andra stadium av studien utforskades om patientens perspektiv på dessa ämnen hade förändrats vid uppföljning nio månader efter den första intervjun.</p>	<p>Kvalitativ metod. Cirka tre månader efter rehabiliteringsprogrammet utfördes semistrukturerade djupintervjuer. Intervjuerna transkriberades och data sorterades i teman. Deltagarna rekryterades från hjärtrehabiliteringsprogrammet genom ett bekvämlighetsurval där alla erbjöds att delta. Samtliga hade haft hjärtinfarkt. Intervjuerna pågick tills saturation hade uppnåtts. Nio månader efter första intervjun tillfrågades deltagarna om en kompletterande intervju till vilken tio deltagare samtyckte. Samma öppna frågor ställdes om huruvida deras syn på ämnena hade förändrats.</p>	<p>N=15 (1)</p>	<p>De dominerande teman som uppstod var "rädsla för att åter få en hjärtinfarkt", särskilt att den då skulle kunna vara dödlig samt lusten att "återgå till det normala". Majoriteten av deltagarna tyckte att hjärtrehabiliteringen varit gynnsam, och kopplade främst samman den med fysisk aktivitet. De tyckte också att det var positivt att ha blivit uppmuntrade till ansträngande fysisk aktivitet utan att vara rädda för en ny hjärtinfarkt. Alla rapporterade att de fått information om läkemedel och livsstilsförändring, men information verkade av sekundär betydelse till fysisk aktivitet. Informationen var oftast standardiserad snarare än individualiserad och majoriteten hade fortfarande frågor och funderingar kring livsstilsförändringar och mediciner, av vilka flera fortfarande kvarstod vid uppföljningsintervjun. Olikheter mellan den givna informationen och vad patienter läste själva väckte osäkerhet. En deltagare hade funderingar kring biverkningar.</p>	<p>I K</p>

Källa; Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.