



Sektionen för hälsa och samhälle
VE 8600
Examensarbete i omvårdnad 15 hp

Patientens informationsbehov efter hjärtinfarkt

Datum: 2009-05-28
Författare: Marie Ahlman
Helen Lindh
Barbro Wikström

Handledare: Ewa Angsmo
Examinator: Inga-Lill Koinberg

Patientens informationsbehov efter hjärtinfarkt

Författare: Marie Ahlman, Helen Lindh, Barbro Wikström

Handledare: Ewa Angsmo

Litteraturstudie

Datum 2009-05-28

Sammanfattning

Bakgrund: Insjuknandet i hjärtinfarkt är oftast akut och kan påverka patienten under en lång tid. Vårdtiden är kort och patienten drabbas ofta av en kris. Förutom adekvat behandling behövs information för att känna trygghet och för att kunna göra livsstilsförändringar som förebygger återinsjuknande. Sjuksköterskan kan vägleda och motivera till ett hälsosammare liv både under och efter sjukhusvistelsen. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patientens informationsbehov vid hjärtinfarkt under och efter sjukhusvistelsen. **Metod:** En litteraturstudie har gjorts där 13 vetenskapliga artiklar har granskats. **Resultat:** Patienterna önskade information från olika källor. Informationen skulle vara lättförståelig och samstämmig. Individuell information var viktig och skulle vara uppdelad på flera tillfällen. Informationsbehovet såg olika ut beroende på om patienten var inskriven på sjukhus eller hade kommit hem. **Slutsats:** Patientundervisning under sjukhusvistelsen och efter utskrivningen är nödvändigt för att minska den informationsbrist som många patienter upplever efter hemkomst. Ett samarbete behövs mellan slutenvården och primärvården då all information inte kan ges vid ett tillfälle. Detta skulle kunna vara kostnadseffektivt då risken för återinsjuknande troligtvis minskar för en patient som är välinformerad.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, information, patientbehov, omvårdnad, motivation, patientundervisning

The patient's information needs after myocardial infarction

Author: Marie Ahlman, Helen Lindh, Barbro Wikström

Supervisor: Ewa Angsmo

Literature review

Date 2009-05-28

Abstract

Background information: Having a myocardial infarction is often an acute situation, and can affect the patient for a long period of time. Hospital stay is normally short, and the patient can be affected by crises. Apart from adequate treatment, information is required to feel secure and make changes to lifestyle to prevent a relapse and re-occurrence of the symptoms. A nurse can guide and motivate towards a healthier lifestyle both during and after the hospital stay. **Aim:** The aim of the study was to identify and describe the patient's information needs after a myocardial infarction, during and after the hospital stay. **Method:** A literature study has been done where 13 scientific articles have been examined. **Result:** Patients required information from different sources. The information should be easy to understand and concise. Individual information was important, and should be divided up into different occasions. The information required was different depending on if the patient was hospitalised or at home. **Conclusion:** Patient education during hospitalisation and after discharge is important in order to minimise the lack of information that many patients felt they had, after coming home. A co-operation is required between in-hospital care and primary health care, as all necessary information cannot be given on one single occasion. This should result in a more cost effective system as the risk of a re-occurring myocardial infarction would probably be lower for a well informed patient.

Keywords: Myocardial infarction, information, patient needs, nursing, motivation, patient education

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Analys	9
RESULTAT	9
Patientens önskan om informationens innehåll	9
Individanpassad information	9
Kunskap om sjukdom och behandling.....	10
Vägledning till egenvård	12
Psykologiskt stöd för egenvård.....	13
Informationskällor	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
REFERENSER	
Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

BAKGRUND

Insjuknandet i en hjärtinfarkt är oftast akut. Patienten upplever ett hot mot livets djupaste värden, vilket kan påverka både patient och närstående under lång tid (Fridlund, 1998). För att kunna hantera sin livssituation behöver patienterna förutom snabb och adekvat behandling få information för att känna trygghet och tillförsikt, inte minst för att förebygga nya hjärtinfarkter. Sjuksköterskan har här en viktig funktion och behöver därför kunskap om vilken information patienten behöver och när den ska ges (Fridlund, 1998; Wallentin, 2005).

Hjärt- och kärlsjukdom är ett allvarligt hälsoproblem i västvärlden. Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken hos både kvinnor och män. Risken för att drabbas är ålders- och könsrelaterad (Fridlund, 1998). År 2007 insjuknade 20799 personer i hjärtinfarkt i Sverige och vårdades på hjärtintensivvårdsavdelning. Av dessa var 63 % män och 37 % kvinnor, 59 % var över 70 år (RIKS-HIA, 2007).

Riskfaktorer för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom kan indelas i påverkbara och ej påverkbara. Rökning, blodfetsrubbing, hypertoni, diabetes samt fysisk inaktivitet är alla påverkbara faktorer medan ärftlighet, ålder och kön är opåverkbara (Anand, et al., 2008).

Akut hjärtinfarkt är ett tillstånd som orsakas av försämrat blodflöde i ett eller flera av hjärtats kranskärl. Detta leder till syrebrist i den del av hjärtmuskeln som försörjs av det aktuella kärlet (Alpert, Thygesen, Antman & Bassand, 2000). Den utlösande orsaken till akut hjärtinfarkt är en bristning av aterosklerotiskt plack i ett kranskärl. Den skadade kärlväggen aktiverar trombocyter och plasmakoagulation vilket leder till trombosbildning som förtränger eller helt täpper till kärlumen. Upphör blodflödet i mer än 15-30 minuter uppstår skador på hjärtmuskeln (Fuster, Badimon, L., Badimon, J. J. & Chesebro, 1992).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärt- och kärlsjukdom (2004b) betonas sekundärprevention. Ur ett sekundärpreventivt perspektiv är livsstilsförändringar

efter en hjärtinfarkt nödvändiga. Det kan till exempel vara att sluta röka, att ändra sin kost samt att vara fysiskt aktiv (Anand, et al., 2008). Förändring av vanor upplevs ofta som svåra att kombinera med det vardagliga livet, men är en viktig del i behandling och rehabilitering efter en hjärtinfarkt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Patienterna i en studie av Wiles och Kinmonth (2001) hade en förförståelse om att hjärtinfarkt var en akut händelse och förstod inte att den var symtom på en kronisk sjukdom. De tog därmed inte till sig information om livsstilsförändringar.

Vårdtiden för en patient som drabbats av akut hjärtinfarkt är mellan 3-6 dagar. Därför är det av största vikt att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient, omedelbart efter ankomst till sjukhus (Wallentin, 2005). Omvårdnaden innefattar inte enbart det professionella omhändertagandet utan kräver också förståelse för patientens egna upplevelser av sjukdomen samt planering för tiden efter sjukhusvården (Fridlund, 1998). Sjuksköterskan är enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) samt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS, 1998:531) skyldig att ge patienten individuellt anpassad information.

Sjuksköterskan ska kunna ge stöd och vägledning till patient och närstående så att de blir delaktiga i behandlingen. Sjuksköterskan ska också kunna motivera till livsstilsförändringar för att främja hälsa och motverka ohälsa (Socialstyrelsen, 2004a). Målet med omvårdnaden är att patienten ska komma tillbaka till ett oberoende och aktivt liv efter hjärtinfarkten (Fridlund, 1998). Personer som genomgått hjärtinfarkt beskriver ofta att de blivit medvetna om att de har ett hjärta och det är förenat med oro och rädsla att drabbas av en ny hjärtinfarkt (Hildingh, Fridlund & Lidell, 2006). En patient som är välinformerad upplever mindre oro och uppnår en hälsosammare livsstil (Zrinyi & Horvarth, 2003).

Orems (2001) omvårdnadsteori inriktar sig på balans mellan egenvårdskapacitet och egenvårdsbehov. När patienten söker vård har denne ofta en total brist på

egenvårdskapacitet. Sjuksköterskans uppgift är att successivt leda patienten till oberoende. Sjuksköterskan bör inför varje möte med patienten avgöra i vilken grad denne är oberoende och vilka insatser som behövs för att patienten ska kunna återta sin egenvårdsförmåga. Detta innebär inte bara att göra saker för patienten utan stödja till beslut, informera samt motivera till beteendeförändring (Orem, 2001).

När patienten insjuknar i hjärtinfarkt hamnar denne ofta i en kris. Insjuknandet är ofta plötsligt och patienten har ingen tid att förbereda sig mentalt för den uppkomna situationen (Robinson, 1999). Under chockfasen kan det vara svårt att ta till sig information (Cullberg, 2003). I denna fas har patienten total brist på egenvårdskapacitet, samtidigt som egenvårdsbehoven ökar kraftigt. Det kan då inte förväntas att patienten kan ta till sig kunskap och färdighet som gör det möjligt att själv svara mot de ökade kraven (Orem, 2001). Efter några timmar eller dagar övergår krisen i reaktionsfas. Då kan patienten ta emot information som är av praktisk och konkret karaktär. Denna fas varar upp till några månader. Sedan kommer bearbetningsfas och nyorienteringsfas då patienten tar till sig vad som hänt och så småningom börjar se framåt (Cullberg, 2003). För att patienterna ska kunna ta till sig informationen krävs samspel, upprepning och rätt tillfälle när patienten är mottaglig för information, både under och efter sjukhusvistelsen (Robinson, 1999).

För att omvårdnaden ska fungera väl är det viktigt att sjuksköterskan genom att lyssna och samtala skapar en förtroendefull relation (Wallentin, 2005). Sjuksköterskan är närmast patienten i vårdteamet och den som möter patienterna kort efter utskrivning, i samband med mottagningsbesök. Det är viktigt att kunna informera, motivera och stödja patienten (Condon & McCarthy, 2006). Den korta vårdtiden efter akut hjärtinfarkt gör att patienterna har svårt att ta till sig information som ges under sjukhusvistelsen, de kan känna sig för sjuka och oroliga. Det kan vara svårt för både patient och sjuksköterska att förutse

informationsbehovet inför utskrivningen och många av patienterna kan uppleva en informationsbrist efter hemkomsten (Worth, Tierney & Watson, 2000).

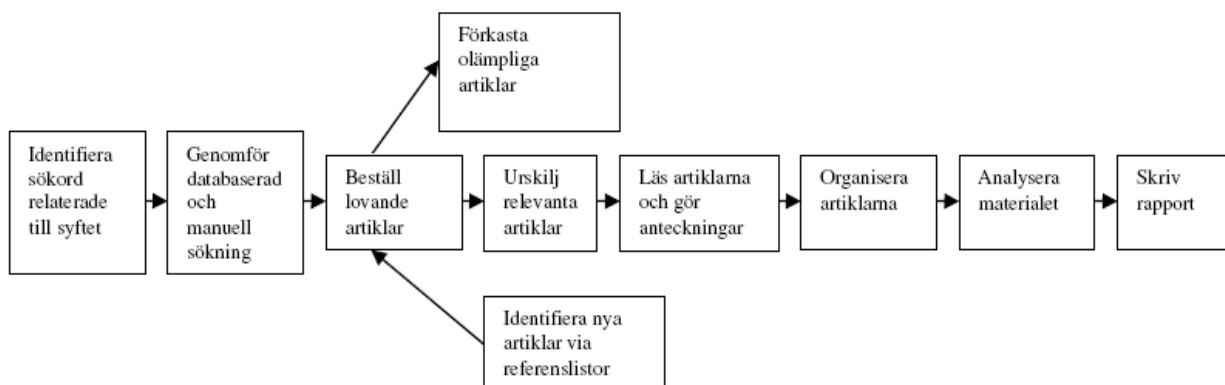
SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patientens informationsbehov vid hjärtinfarkt under och efter sjukhusvistelsen.

METOD

Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie enligt Polit och Becks flödesschema (Polit & Beck, 2006)(Figur1).



Figur 1. Flödesschema över faser i en litteraturstudie. Fritt efter Polit och Beck (2006, s. 139).

Urval

Inklusionskriterier var artiklar med abstrakt, ej äldre än tio år och skrivna på skandinaviska språk eller engelska. Studierna var utförda på patienter som haft hjärtinfarkt, samt innehöll informationsbehov under och efter vårdtiden. Både män och kvinnor över 18 år inkluderades i studierna. Ingen hänsyn togs till antalet hjärtinfarkter eller patienternas ålder. Studier genomförda på patienter med

hjärtsvikt eller hjärttransplantation exkluderades på grund av de komplexa sjukdomsbilderna.

Datainsamling

Sökning efter vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. För att få ett komplett material som motsvarade syftet gjordes sökning med olika kombinationer av sökord. Sökorden som användes var myocardial infarction, information, patient needs, patient education, nurs*, motivation, rehabilitation och knowledge (Bilaga 1). Manuell sökning gjordes i referenslistor på materialet. Den databaserade sökningen resulterade i 10 artiklar. Tre artiklar hittades genom manuell sökning (Bilaga 2).

Analys

De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt Willman och Stoltz (2002) protokoll för kvalitetsbedömning med bedömningsgradering bra, medel eller dålig (Bilaga 2). Artiklarna genomlästes enskilt av var och en av författarna och analyserades utifrån syftet enskilt och därefter gemensamt. Meningar som motsvarade syftet lyftes ut och sorterades sedan i grupper med gemensamma teman. Dessa bildade sedan nya rubriker till resultatet (Forsberg & Wengström, 2003; Friberg, 2006).

RESULTAT

Resultatet delades in i två teman: Patientens önskan om informationens innehåll och informationskällor.

Patientens önskan om informationens innehåll

Individanpassad information

Det fanns en önskan om individuellt anpassad information med realistiska mål gällande deras egna specifika riskfaktorer (Gambling, 2003). Alltför detaljerad information om sjukdomen upplevdes som skrämmande hos en del av patienterna

medan andra såg möjligheter att fördjupa sig i sjukdomen. Patienterna fick informationsbroschyrer, gruppinformation samt fick se film om hjärtinfarkt. Informationen tog upp hjärtats anatomi, vad en hjärtinfarkt var, riskfaktorer och livsstilsfaktorer som påverkade utvecklingen av kranskärlssjukdom, träning efter hjärtinfarkt, kostråd och läkemedelsinformation. Informationen var generell och patienterna hade svårt att identifiera vad som var viktigt just för dem (Gambling, 2003; Hansen, Nordrehaug & Hanestad, 2005).

Äldre patienter hade ett större informationsbehov, de ville ha tydlig information och ville veta vem de kunde fråga (Smith & Liles, 2007). Stewart, Abbey, Shnek, Irvine och Grace (2004) jämförde kvinnors och mäns informationsbehov sex månader efter utskrivningen. Det visade sig att kvinnor ville veta mer om sin sjukdom medan männen var mer intresserade av hur sjukdomen påverkade livet, bland annat när de kunde återuppta den sexuella aktiviteten. Turton (1998) såg å andra sidan i sin studie att information om återupptagande av den sexuella aktiviteten var mindre viktig både bland män och kvinnor.

Kunskap om sjukdom och behandling

Informationsbehovet skiftade beroende på om patienten var inskriven på sjukhus eller hade kommit hem (Decker, et al., 2007). I det akuta omhändertagandet var det viktigt att få information om undersökningar och behandlingar samt resultatet av dessa för att känna delaktighet i vårdprocessen och minska oron för sjukdomen (Decker, et al., 2007; Gambling, 2003).

”Important for me to feel like I’m a part of the process, to heal and get back to normal...” (Decker, et al., 2007, s.461).

I flera av studierna önskade patienterna få information om läkemedel (Attebring, Herlitz & Ekman, 2005; Decker, et al., 2007; Hanssen, et al., 2005; Jensen & Petersson, 2003; Smith & Liles, 2007; Timmins & Kaliszer, 2003; Turton 1998). De ville veta hur länge läkemedelsbehandlingen skulle pågå, samt varför de skulle ta olika läkemedel (Jensen & Petersson 2003; Smith & Liles, 2007), till exempel Nitroglycerin (Jensen & Petersson, 2003). Om de inte mådde bra på medicineringen undrade de om det kunde vara biverkningar (Attebring, et al., 2005; Decker, et al., 2007; Jensen & Petersson, 2003; Smith & Liles, 2007; Timmins & Kaliszer, 2003; Turton, 1998).

I Timmins och Kaliszers (2003) och Turtons (1998) studier fick patienterna gradera sitt informationsbehov enligt en skala (CPLNI). Behovet av information om infarktstorlek och symtom på hjärtinfarkt samt när ambulans skulle tillkallas eller läkare kontaktas skattades som den viktigaste informationen (Timmins & Kaliszer, 2003; Turton, 1998). I andra studier var patienterna mest intresserade att veta varför de hade drabbats av hjärtinfarkt samt vad de skulle göra om de fick ny bröstsmärta. De ville också veta vilka fysiska symtom som kunde vara normalt att känna och som inte hade med hjärtinfarkt att göra (Attebring, et al., 2005; Day & Batten, 2006; Jensen & Petersson, 2003; Pier, et al., 2008; Stewart, et al., 2004). Enligt Timmins och Kaliszers (2003) studie skattades behovet av information om hjärtats anatomi och fysiologi som viktigt medan detta i Turtons (1998) studie skattades som mindre viktigt. Detta resultat styrktes även i andra studier (Attebring, et al., 2005; Day & Batten, 2006; Jensen & Petersson, 2003; Pier, et al., 2008; Stewart, et al., 2004). I en studie beskrev patienterna att de hade svårt att avgöra vad som var relevant att få information om (Hanssen, et al., 2005).

Attebring, et al. (2005) fann att patienterna ville ha information om hjärtat var tillräckligt starkt för att kunna återgå till normalt liv. De ville veta vad de kunde göra och vad de skulle undvika. Råd för att förebygga en ny hjärtinfarkt upplevde många som viktig information (Jensen & Petersson, 2003). Samtliga patienter i Stewart, et al. (2004) studie ville veta hur de skulle komma att må i framtiden och

vilka fysiska och psykiska effekter som hjärtinfarkten kunde leda till. En annan studie visade att patienterna ville veta hur deras liv skulle påverkas efter en hjärtinfarkt (Day & Batten, 2006). Informationsbehovet ökade efter utskrivning, patienterna ville veta mer om livsstilsförändringar, rehabiliteringsmöjligheter och hur hälsan skulle bli i framtiden (Decker, et al., 2007).

Vägledning till egenvård

I flera studier önskade patienterna få kunskap om att leva ett hälsosamt liv för att förebygga återinsjuknande (Bergman & Berterö, 2003; Decker, et al., 2007; Gustafson, Arora, Nelson & Boberg, 2001; Hanssen, et al., 2005; Stewart, et al., 2004; Timmins & Kaliszer, 2003; Turton 1998). Behovet av information om livsstilsförändringar kom först efter utskrivningen (Decker, et al., 2007; Hanssen, et al., 2005). Tre studier visade att patienterna hade ett behov av kostråd och information om fysisk aktivitet. Kostråd med bland annat fakta om kolesterol skattades högt i Timmins och Kaliszers (2003) och Stewarts, et al. (2004) studier medan Turton (1998) visade att information om fysisk aktivitet skattades högre än kostråd. Patienterna hade ett behov av information om träningsgrad. De som varit vana motionärer innan hjärtinfarkten behövde information om hur aktiva de kunde vara den första tiden och hur de successivt kunde återgå till tidigare träning (Pier, et al., 2008).

I Jensen och Peterssons (2003) studie ville patienterna veta mer om alternativa behandlingar som till exempel fiskleverolja. Information om hur familjen kunde stödja till livsstilsförändringar var också önskvärt (Stewart, et al., 2004). För att kunna återgå till vardagen och åstadkomma livsstilsförändringar önskade de att anhöriga också fick information för att förstå deras reaktion på sjukdomen (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003; Pier, et al., 2008).

Flera patienter tyckte det var svårt att använda standardinformationen från sjukhusvistelsen för att lösa de specifika problem som de stötte på efter

utskrivningen. De kände sig osäkra på om de skulle kunna återgå till sitt arbete, återuppta bilkörning, hur fritidsaktiviteterna skulle komma att påverkas och om relationen till anhöriga skulle förändras. De ville veta vart de skulle vända sig om det uppstod problem (Gambling, 2003; Hanssen, et al., 2005; Smith & Liles, 2007). Information om förväntat hälsostatus och rehabilitering önskades efter utskrivningen (Decker, et al., 2007; Gambling, 2003). Flera studier visade att information om behandling, återanpassning samt konsekvenserna av att ha drabbats av hjärtinfarkt var viktig (Attebring, et al., 2005; Gustafson, et al., 2001; Day & Batten, 2006).

Psykologiskt stöd för egenvård

Patienterna var oroliga för framtiden eftersom de hörde av andra med genomgången hjärtinfarkt att de hade drabbats igen. Patienterna svävade i ovisshet för att de hade otillräckliga kunskaper om hur de skulle kunna leva ett hälsosammare liv (Bergman & Berterö, 2003). Efter utskrivning behövde patienterna veta var de kunde få psykologiskt stöd för att bearbeta rädsla, känslor och tankar (Hansen, et al., 2005; Timmins & Kaliszer, 2003; Turton, 1998). Information önskades om hur man kunde känna igen och hantera depressiva symtom samt hur det påverkade den fysiska hälsan. De behövde också veta hur de kunde komma i kontakt med patientföreningar och därigenom träffa andra som drabbats och få dela erfarenheter (Pier, et al., 2008).

Informationskällor

För att patienterna skulle få en djupare förståelse för sjukdomen och dess konsekvenser hade de behov av att få information om sin hjärtinfarkt från olika källor (Bergman & Berterö, 2003). Patienterna önskade att informationen som gavs av vårdpersonal var lättförståelig och tydlig samt individuellt anpassad (Decker, et al., 2007). Den som gav information skulle ha goda kunskaper och visa medkänsla och intresse för den enskilde. Informationen skulle också vara samma oavsett vem som gav den (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003).

"I was being told different things by different people. Much of it didn't apply to me really. I found the whole experience confusing."(Gambling, 2003, sid. 72).

Det var viktigt att inte använda sjukvårdstermer (Decker, et al., 2007). Det fanns ett önskemål om individuell genomgång av frågor tillsammans med sjuksköterskan inför utskrivningssamtalet med läkaren (Hansen, et al., 2005). I en studie av Stewart, et al. (2004) tyckte några patienter att det varit önskvärt med individuella samtal med läkare och/eller sjuksköterska. Patienterna önskade få informationen fördelad på flera tillfällen, både före och efter utskrivningen (Decker, et al., 2007; Gambling, 2003). Patienterna hade ett behov av information från medpatienter som drabbats av hjärtinfarkt eftersom de kunde känna igen sig i deras erfarenheter (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003; Pier, et al., 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Sökning gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. De flesta artiklarna hittades både i PubMed och Cinahl. Någon enstaka artikel hittades i PsycINFO. Flera sökord användes, men olika kombinationer av sökorden gav samma artiklar vilket skulle kunna tyda på att relevanta sökord i kombination användes (Polit & Beck, 2006).

Alla artiklar var skrivna på engelska språket vilket gjorde att det fanns risk för feltolkning på grund av brister i översättning. Med tanke på att författarna översatte och tolkade texten enskilt och sedan tillsammans minskades risken för eventuella feltolkningar. Detta kan ha stärkt resultatet.

Studierna som granskades var utförda med olika datainsamlingsmetoder som strukturerade frågeformulär med kvantitativ analys, andra var djupintervjuer eller

fokusgrupper med kvalitativ analys (Bilaga 2). Det faktum att olika datainsamlings- och analysmetoder använts i de inkluderade studierna innebar att det var svårt att göra exakta jämförelser mellan data (Friberg, 2006). Resultaten i de kvantitativa studierna som var styrda av frågeformulär stämde dock överens med mycket som framkom i de kvalitativa studierna. Frågeformulären varierade mellan de olika studierna, endast två studier använde sig av samma frågeformulär (Timmins & Kaliszer, 2003; Turton, 1998). Mättillfällena i studierna varierade från sjukhusvistelsen upp till två år efter insjuknandet, i en del av studierna var det omöjligt att avgöra när under sjukdomsfas och rehabiliteringsfas mättillfällena låg, i andra studier ingick patienter med olika lång rehabilitering vid samma mättillfälle. Fördelen kan ha varit att informationsbehovet speglas över en längre tid. Nackdelen var svårigheten att identifiera informationsbehovet vid ett speciellt tillfälle. Detta kan ha inneburit en svaghet i studien då syftet var att undersöka patientens informationsbehov före och efter utskrivningen.

Studierna var utförda i Sverige, Nya Zeeland, USA, England, Norge, Danmark, Australien, Canada och Irland. Day och Batten (2006) inkluderade endast kvinnor medan övriga studier innehöll en övervägande del män. Kvinnorna hade en högre medelålder än männen beroende på att hjärtinfarkt är en ålders- och könsrelaterad sjukdom (Fridlund, 1998). Studiernas urval är representativa för personer som drabbas av hjärtinfarkt i Sverige (RIKS-HIA, 2007).

Alla författarna arbetar på samma hjärtavdelning och har förförståelse inom området. Det positiva har varit den kunskap och erfarenhet som författarna har, det negativa kan ha varit förförståelse som dock funnits i medvetandet under hela arbetet. Materialet har även genomlästs av kollegor i andra verksamheter för att ge ökad trovärdighet till resultatet. Styrkan med att ha varit tre författare är att det har gett arbetet ett bredare och djupare perspektiv, med flera olika infallsvinklar och tolkningar som diskuterats.

Resultatdiskussion

Flera studier visade att patienterna önskade individuellt anpassad information utifrån egen kunskapsnivå och livssituation. Generell information såsom gruppinformation och informationsbroschyrer uppfyllde inte patientens informationsbehov för att kunna hantera vardagslivet efter hemkomst. (Decker, et al., 2007; Gambling, 2003; Hansen, et al., 2005; Stewart, et al., 2004). Varje patient är unik, har olika livserfarenhet, olika förmåga att ta till sig information och omsätta den i praktiken. Helhetssyn är nödvändigt för att sjuksköterskan ska kunna tillgodose den enskilde individens informationsbehov (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006). Orem (2001) menar i sin omvårdnadsteori att sjuksköterskan inför varje patient måste avgöra till vilken grad denne är oberoende och vilka insatser som ska sättas in för att patienten ska återta sin egenvårdsförmåga. Att bedöma vilket informationsbehov patienten har är en viktig uppgift för sjuksköterskan. Informationen ska vara relevant och anpassad till patientens kunskapsnivå. (Oterhals, et al., 2006). I resultatet framkom att ålder och kön var faktorer som påverkade individens behov av information (Smith & Liles, 2007; Stewart et al., 2004; Turton, 1998). Stöd från närstående hade också betydelse för informationsbehovet (Stewart et al, 2004). Worth, et al. (2000) inkluderade patienter med olika sjukdomstillstånd i en studie. Där framkommer också att dessa faktorer har betydelse både för patientens informationsmottagande samt omvårdnadspersonalens informationsgivande. Här betonas vikten av individuellt anpassad information, där även hänsyn tas till tidigare sjukdomshistoria, livsstil, socialt nätverk och hemförhållande.

Informationsbehovet är individuellt och ofta oförutsägbart. En del vill veta mycket medan andra inte har samma behov (Kristofferzon, et al., 2007; Worth, et al., 2000). Den vanligaste formen för information till patient innefattande på hjärtavdelning var broschyrer och gruppinformation (Gambling, 2003; Hansen, et al., 2005). Det ger en begränsad möjlighet att möta patientens specifika behov, till exempel får då alla information om samtliga riskfaktorer även om de inte har

dessa riskfaktorer. Samtidigt är det svårt för patienten att ta upp särskilda frågor i gruppen som till exempel sex och samlevnad. Detta kan öka stressnivån hos patienten. Balanserad information är svårt att ge, för mycket av det ena eller det andra kan leda till att patienten inte är motiverad till livsstilsförändringar. Detta indikerar behovet av individuell information som anpassats efter patientens egna förutsättningar (Wiles & Kinmonth, 2001).

I resultatet framkom att informationsbehovet skiftade beroende på om patienten var inskriven på sjukhus eller hade kommit hem. Behovet av information om livsstilsförändring kom efter utskrivning (Decker, et al., 2007; Hanssen, et al., 2005). Flera studier visade att patienterna önskade få kunskap om hur återinsjuknande kunde förebyggas (Bergman & Berterö, 2003; Decker, et al., 2007; Gustafson, et al., 2001; Hanssen, et al., 2005; Jensen & Pettersson, 2002; Stewart, et al., 2004; Timmins & Kaliszer, 2002; Turton, 1998). Även vid andra sjukdomstillstånd saknar patienterna information om livsstilsförändring när de kommit hem (Worth, et al., 2000). Många patienter har insikt om att hjärtinfarkt är en livsstilsrelaterad sjukdom, men kan inte ta till sig information under sjukhusvistelsen på grund av annan information, till exempel om undersökningar, behandlingar och läkemedel (Condon & McCarthy, 2006). Dessutom befinner de sig många gånger i en akut kris och är därför inte mottagliga för information (Cullberg, 2003). För att patienten ska ta till sig information om livsstilsförändringar och tillämpa dessa bör målen som sätts upp för varje individ vara realistiska och nåbara (Wiles & Kinmonth, 2000). Vårdtiden efter en hjärtinfarkt är kort, detta innebär att patienten varken hinner få eller orkar ta till sig information om livsstilsförändringar för att förebygga återinsjuknande, vilket leder till att patient och närstående får ta större ansvar för rehabiliteringen (Oterhals, et al., 2006).

Sjuksköterskan har en viktig roll i rehabiliteringen efter hjärtinfarkt. Sjuksköterskan kan hjälpa till med information och råd för att klara av

vardagslivet, bland annat genom en dialog om livsstilsförändringar (Brink, Karlsson & Hallberg, 2005). Orem (2001) framhåller betydelsen av att utveckla goda vanor och handlingsmönster som främjar hälsa. Ett liv med en kronisk sjukdom innebär att gamla vanor bör förändras i takt med nya krav på egenvård. För att tillvarata patientens egenvårdskrav använder sjuksköterskan fem hjälpmetoder. Det är att ta initiativ till och att utföra handlingar för en annan person, att handleda, ge fysiskt och psykiskt stöd, skapa en utvecklande miljö samt att undervisa. Stöd till långsiktiga livsstilsförändringar är en viktig uppgift för sjuksköterskor inom öppenvård och slutenvård (Wiles & Kinmonth, 2001).

Resultatet visade att patienten önskade att sjukvårdspersonal som gav information skulle ha goda kunskaper och informationen skulle vara lika oavsett vem som gav den. Om informationen från läkare, sjuksköterska, anhöriga och medpatienter inte var samstämmig, hade patienten svårt att avgöra vilken information som var relevant och viktig just för dem (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003). Motsägande information skapade oro och ångest hos patienten (Gambling, 2003). Även Wiles och Kinmonth (2001) fann att vårdpersonalens information har en hög trovärdighet för patienten och det är därför viktigt att ge samma individuella information oavsett vem i vårdteamet som ger den.

Medpatienternas erfarenheter var också en viktig informationskälla (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003; Pier, et al., 2008). Information från medpatienter bekräftar egna känslor och åsikter, vilket i sin tur leder till högre krav på vårdpersonalens information. Patienten tar också till sig denna information och vågar utmana sig själva till livsstilsförändringar. En nackdel är att medpatienter har olika upplevelse av smärta, erfarenheter av och kunskap om hjärtinfarkt, vilket kan leda till en felaktig uppfattning om sjukdomen (Isaksen & Gjengedal, 2006).

Orem (2001) anser att det är viktigt att sjuksköterskan stödjer en utvecklingsfrämjande miljö. All omvårdnad inklusive undervisning bygger på kunskap som inte bara kan förvärfvas genom praktisk träning och erfarenhet. Inläring kan inte ske om patienten inte är psykologiskt förberedd på att lära, medveten om att han/hon saknar kunskap eller är intresserad av att lära. I vissa situationer kan inläring i grupp vara lämpligt för att praktisera målbeteende enligt Orem. Förutom gruppinformation fick patienterna också information från anhöriga (Bergman & Berterö, 2003; Gambling, 2003; Pier, et al., 2008). Genom att involvera anhöriga i informationssituationer och erfarenhetsutbyte mellan patienter kan en utvecklingsfrämjande miljö skapas (Orem, 2001).

Sjuksköterskans och patientens uppfattning om informationsbehovet stämmer inte alltid överens. I denna litteraturstudie har endast patientens informationsbehov undersökts. Ett bifynd behöver dock i korthet omnämnas. Två studier (Timmins & Kaliszer, 2003; Turton, 1998) jämförde patienternas informationsbehov med vad sjuksköterskor ansåg vara viktig information. Tydliga skillnader fanns vilket sjuksköterskan bör ha i åtanke när information ska ges. I praktiken innebär detta att både sjuksköterskans expertkunskap men också patientens individuella behov av information måste beaktas.

Patientundervisning under sjukhusvistelse och efter utskrivning bör finnas för att minska kostnaderna genom kortare vårdtid samt förhindra återinsjuknande (Jeong, Chae, Moon & Yoo, 2002). På många vårdcentraler finns till exempel diabetessjuksköterska eller astmasjuksköterska. Hjärtjuksköterskor borde också finnas på varje vårdcentral för att fånga upp och fortsätta undervisningen av patienter som skrivs ut efter en hjärtinfarkt. Det skulle kunna minska den informationsbrist som många patienter upplever efter utskrivning, på grund av den korta vårdtiden och eventuell krisreaktion som patienten befinner sig i (Worth, et al., 2000; Oterhals, et al., 2006).

Det är viktigt att sjuksköterskor som arbetar med patienter som haft hjärtinfarkt tar hänsyn till det individuella informationsbehovet. En fråga att ställa till varje patient är: "Vad vill du veta?". På så sätt kan patienten få "rätt information vid rätt tillfälle" och troligtvis används då sjuksköterskans tid och kompetens mer optimalt. Det hade varit intressant att följa upp och tydliggöra patienternas informationsbehov efter utskrivningen för att möjligen göra förbättringar för att minska informationsbristen. Måttillfällena kunde ske vid första återbesöket samt några månader efter utskrivningen.

REFERENSER

*= Artiklar som använts i resultatet.

Alpert, J. S., Thygesen, K., Antman, E. & Bassand, J. P.(2000). Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Journal of American College of Cardiology*, 36(3), 959-969.

Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, K. S., Yusufali, A. H., Keltai, M. et al.(2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29(7), 932-940.

*Attebring, M.F., Herlitz, J. & Ekman, I.(2005). Intrusion and confusion- the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarct. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 153-159.

*Bergman, E. & Berterö, C.(2003).”Grasp life again”. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 303-310.

Brink, E., Karlson, B.W., Hallberg, L.R.-M. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411.

Condon, C. & McCarthy, G.(2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.

Cullberg, J.(2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Day, W. & Batten, L.(2006). Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 21-26.

*Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D. M., Nugent, K., Shipman, A., Spertus, J. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 459-465.

Forsberg, C. & Wengström, Y.(2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fridlund, B. (Red.). (1998). *Kardiologisk omvårdnad*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fuster, V., Badimon, L., Badimon, J. J. & Chesebro, J. H.(1992). The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes. *New England Journal of Medicine*, 326(4), 242-250.

*Gambling, T. S.(2003). A qualitative study into the informational needs of coronary heart disease patients. *International Journal of Health Promotion & Education*, 41(3), 81-92.

*Gustafson, D. H., Arora, N. K., Nelson, E. C. & Boberg, E. W.(2001). Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization. *Journal on Quality Improvement*, 27(2),81-92.

*Hansen, 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.

Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E.(2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing, 31*(2), 63-68.

Isaksen, A.S. & Gjengedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science, 20*(4),403-411.

*Jensen, B.O & Petersson, K.(2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling, 51*(2), 123-131.

Jeong, H-S., Chae, J-S., Moon, J-S. & Yoo, Y-S. (2002). An individualized teaching program for atherosclerotic risk factor reduction in patients with myocardial infarction. *Yonsei Medical Journal, 43*(1), 93-100.

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 Critical Nursing, 16*(2), 391-401.

Orem, D. E.(2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 uppl.). St. Louis: Mosby-Year Book.

Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E. & Hansen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*(4), 303-310.

Persson, J. & Stagmo, M.(2008). *Perssons kardiologi. Hjärtsjukdomar hos vuxna.* (6 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Pier, C., Shandley, K. A., Fisher, J. L., Burstein, F., Nelson, M. R. & Piterman, L.(2008). Identifying the health and mental information needs of people with

coronary heart disease, with and without depression. *The Medical Journal Of Australia*, 188(12), 142-144.

Polit, D. F. & Beck, C. T.(2006). *Essentials of Nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization*. (6 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

RIKS-HIA. (2007). *Svenska kärlregistren och RIKS-HIA*. Uppsala: Uppsala clinical research center. Hämtad 081114, från <<http://www.ucr.uu.se/rikshia>>.

Robinson, K. R. (1999). Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 75-88.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet.

*Smith, J. & Liles, C.(2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671.

Socialstyrelsen. (2004a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005*. Hämtad 081114, från http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/utbildning_o_kompetens/legitimationer/kompetenskrav_HS-personal.htm

Socialstyrelsen. (2004b). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. (Elektronisk). Hämtad 080421, från http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/lasbestall/Hjartsjukdomar/index.htm

Statens folkhälsoinstitut.(2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Elanders.

*Stewart, D. E., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J. & Grace, S. L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 42-48.

*Timmins, F. & Kaliszer, M.(2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 57-65.

*Turton, J.(1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 770-778.

Wallentin, L. (Red.). (2005). *Akut kranskärlssjukdom*. (3 uppl.). Stockholm: Liber.

Wiles, R. & Kinmonth, A.-L.(2001). Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44(2), 161-169.

Willman, A. & Stoltz, P.(2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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.

Zrinyi, M. & Horvarth, T. (2003). Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviours following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2), 159-166.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv exklusion artiklar	till av	Utvalda artiklar
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Information 1826	Patient needs 37		Motsvarade ej syftet		Day & Batten, 2006 Decker, et al., 2007 Gustafson, et al., 2001 Hanssen, et al., 2005 Stewart, et al., 2004 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Information needs 44			Motsvarade ej syftet		Day & Batten, 2006 Decker, et al., 2007 Hanssen, et al., 2005 Stewart, et al., 2004 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Information 1826	Patient education 46		Motsvarade ej syftet		Decker, et al., 2007 Hanssen, et al., 2005 Stewart, et al., 2004 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Patient education 164			Motsvarade ej syftet		Inget nytt
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Nurs* 0			Motsvarade ej syftet		
Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Nurse 283	Information 37		Motsvarade ej syftet		Day & Batten, 2006 Attebring, et al., 2005 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998

Pubmed 081003	Myocardial infarction 26980	Nursing 420	Information 53		Motsvarade ej syftet	Day & Batten, 2006 Hansen, et al., 2005 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998
Pubmed 081007	Myocardial infarction 26980	Rehabilitation 792	Information 95		Motsvarade ej syftet	Inget nytt
Pubmed 081007	Myocardial infarction 26980	Motivation 56			Motsvarade ej syftet	Bergman & Berterö, 2003 Day & Batten, 2006
Pubmed 081007	Myocardial infarction 26980	Knowledge 495	Information 74		Motsvarade ej syftet	Day & Batten, 2006 Hansen, et al., 2005 Timmins & Kaliszer, 2003
Pubmed 081007	Myocardial infarction 26980	Knowledge 495	Patient education 45		Motsvarade ej syftet	Day & Batten, 2006 Hansen, et al., 2005 Timmins & Kaliszer, 2003
PsycINFO 081008	Myocardial infarction 794	Information needs 82	Patient education 11		Motsvarade ej syftet	Decker, et al., 2007 Smith & Liles, 2007 Timmins & Kaliszer, 2003
PsycINFO 081008	Myocardial infarction 794	Information needs 82	Nurs* 41		Motsvarade ej syftet	Decker, et al., 2007 Smith & Liles, 2007 Timmins & Kaliszer, 2003
PsycINFO 081008	Myocardial infarction 794	Information needs 82	Knowledge 75		Motsvarade ej syftet	Inget nytt
PsycINFO 081008	Myocardial infarction 794	Information needs 82	Knowledge 75	Patient education 52	Patient needs Nurs* 15	Decker, et al., 2007 Smith & Liles, 2007 Timmins & Kaliszer, 2003
Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Information 2126	Patient needs 3		Motsvarade ej syftet	Gustafson, et al., 2001
Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Information needs 19			Motsvarade ej syftet	Decker, et al., 2007 Hansen, et al., 2005 Smith & Liles, 2007 Stewart, et al., 2004 Timmins & Kaliszer, 2003 Turton, 1998

Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Patient education 224	Information 59		Motsvarade ej syftet	Decker, et al., 2007 Hanssen, et al., 2005 Stewart, et al., 2004 Timmins & Kaliszer,2003 Turton, 1998
Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Nurs* 1220	Information 141	Patient education 33	Motsvarade ej syftet	Decker, et al., 2007 Hanssen, et al., 2005 Timmins & Kaliszer,2003 Turton, 1998
Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Knowledge 589	Information 83	Patient education 23	Motsvarade ej syftet	Hansen, et al., 2005 Timmins & Kaliszer,2003
Cinahl 081008	Myocardial infarction 29952	Motivation 50			Motsvarade ej syftet	Bergman & Berterö, 2003 Day & Batten, 2006

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Attebring M, Herlitz J, Ekman I Sverige 2005	Intrusion and confusion- the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction.	Undersöka patienternas upplevelser av sekundär- prevention efter första hjärtinfarkten.	20 patienter, 8 kvinnor och 12 män. Dessa var mellan 34-79 år. Ostrukturerad intervju med övergripande frågor gjordes 1-3 månader efter utskrivning. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys.	Resultatet delades i 2 rubriker: Påverkan av medicinering. Påverkan av vårdpersonal. Patienterna behövde information om läkemedel och deras biverkningar. De upplevde att informationens innehåll skiftade beroende på vilken yrkeskategori som gav den.	Medel
Bergman E, Berterö C Sverige 2003	“Grasp life again”. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients.	Att skaffa en ökad och djupare kunskap och förståelse för vad motivationskraften är och hur den påverkar rehabilitering och återgång till det dagliga livet.	13 patienter, 6 kvinnor och 7 män. Dessa var mellan 39-72 år. Ostrukturerad intervju med övergripande frågor gjordes mer än ett år efter hjärtinfarkt Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Grounded Theory.	Livslust var en viktig motivationskraft för att komma vidare efter hjärtinfarkten. Sjukdomsupplevelsen och utskrivningen tvingade patienterna till nyorientering, där de var tvungna att ta aktiva beslut.	Medel
Day W, Batten L Nya Zeeland 2006	Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all.	Undersöka hur hjärt- rehabilitering påverkar kvinnors återhämtning efter hjärtinfarkt.	10 kvinnor. Dessa var mellan 50-89 år. Semistrukturerade djupintervjuer. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Grounded Theory	Information behövdes för att komma tillbaka till vardagslivet. Informationen ska anpassas individuellt. ”One size does not fit all”.	Medel

Decker C Garavalia L Chen C, BuchananDM, Nugent K, Shipman A, Spertus JA USA 2007	Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery	Vilka faktorer som påverkar patientens förutsättning att vara delaktig i sin behandling och rehabilitering.	19 patienter. 4 kvinnor 15 män. Dessa var mellan 38-70 år. Fokusgrupper bildades och man genomförde samtal. Inom ett år efter insjuknandet. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie.	Patientens behov av information och förmåga till beslutstagande förändras under den akuta fasen och rehabiliteringsprocessen.	Bra
Gambling TS England 2003	A qualitative study into the informational needs of coronary heart disease patients.	Undersöka informationsbehovet hos patienter med kranskärslsjukdom för att kunna utveckla ett hälso-utbildningsprogram.	Ur en patientförenings själv-hjälps grupp för kranskärslsjukdom (N=200, var sju personer var kvinna) ordnades fem fokusgrupper med 6-8 deltagare. De genomförde samtal i fokus-grupper med semi-strukturerade frågor. En månad till två år efter insjuknandet.	Kvalitativ studie. Grounded theory	Sex teman identifierades: Uppfattning om diagnos. Uppfattning om orsaken till hjärtinfarkt. Hur deltagarna söker information. Livsstilsförändring. Värdering av riskfaktorer för hjärtinfarkt.	Bra
Gustafson DH, Arora, NK, Nelson EC, Boberg EW USA 2001	Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization	Jämföra två olika sätt att identifiera patientens behov av omvårdnad och information/ stöd samt se hur det påverkar tillfredsställelsen.	91 patienter, 26 kvinnor och 65 män. Dessa var mellan 37-100 år. Demografisk och klinisk data hämtades från patientjournaler. Frågeformulär som skickades hem till patienterna två och åtta veckor efter utskrivning.	Kvantitativ studie.	Patienterna upplevde mindre tillfredsställelse med informationen än med omvårdnaden.	Bra

HanssenTA, Nordrehaug JE, Hanestad BR Norge 2005	A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge.	Utforska patienters informations- och uppföljnings-behov efter en hjärtinfarkt	14 patienter, 2 kvinnor och 12 män inkluderades. Dessa var mellan 42-69 år. Semistrukturerad intervju i fokusgrupp tre till fem månader efter insjuknandet. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys.	Resultatet delades i 3 rubriker: Sjukhusvistelsen. Hemkomsten. Uppföljning. Under sjukhusvistelsen upplevde patienterna att de fick stöd och information. Men vid hemkomsten saknade de någon att vända sig till.	Bra
Jensen BO, Pettersson K Danmark 2002	The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction	Att beskriva upplevelsen av sjukdom hos patienter som haft sin första hjärtinfarkt	30 patienter. 8 Kvinnor och 22 män. Dessa var mellan 41-80 år. Tematiska, semi-strukturerade intervjuer. Första intervjun på andra eller tredje vård dygnet och andra intervjun ca 17 veckor efter utskrivning. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys.	Osäkerhet över sin livssituation var huvudtemat vid bägge mätillfällena. Resultatet delades i 4 rubriker: Insjuknandet utanför sjukhuset. Existensiella hot. Rehabiliteringsfas. Behov av information och stöd.	Bra
Pier C, Shandley KA, Fisher JL, Burstein F, Nelson MR, Piterman L Australien 2008	Identifying the health and mental health information needs of people with coronary heart disease, with and without depression.	Identifiera vilken hälso-information som patienter med kranskärslsjukdom behöver för att hantera sin fysiska och psykosociala hälsa.	16 patienter, 2 kvinnor och 14 män. Dessa var mellan 50-80 år. Frågeformulär som mätte psykisk hälsa (MINI) samt semistrukturerad intervju. Etiskt godkänd.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys.	Alla patienter tyckte att mer information skulle hjälp dem att hantera hjärtinfarkten och det psykosociala välbefinnandet. Resultatet delades i fyra teman: Psykosocialt. Fysisk aktivitet. Medicinskt. Information till familjen.	Medel

<p>Smith J, Liles C</p> <p>England</p> <p>2007</p>	<p>Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study.</p>	<p>Att beskriva informationsbehovet hos patienter som behandlats för hjärtinfarkt innan utskrivning.</p>	<p>20 patienter, 3 kvinnor och 17 män. Dessa var mellan 35-92 år.</p> <p>Skriftligt frågeformulär (Patient learning needs scale) som besvarades inom 72 timmar innan planerad utskrivning.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Information om mediciner, komplikationer och fysisk aktivitet var viktigt för patienterna. Äldre patienter behövde mer information.</p>	<p>Medel</p>
<p>Stewart DE, Abbey SE, Shnek M, Irvine J, Grace SL</p> <p>Canada</p> <p>2004</p>	<p>Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event.</p>	<p>Att undersöka könsskillnader i informationsbehov och val hos patienter som rehabiliteras efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>906 patienter. 320 kvinnor och 586 män. Dessa var mellan 31-93 år.</p> <p>Skriftligt frågeformulär som besvarades under vårdtiden samt 6 respektive 12 månader efter utskrivning.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Kvinnor tyckte att information, framförallt om sjukdomen var viktigare jämfört med männen. Män fick mer information om sitt hälsostatus än kvinnor. Alla önskade personliga samtal med läkare eller sjuksköterska. Välinformerade patienter mådde både fysiskt och psykiskt bättre.</p>	<p>Bra</p>

<p>Timmins F, Kaliszer M</p> <p>Irland</p> <p>2003</p>	<p>Information needs of myocardial infarction patients</p>	<p>Ta reda på patienternas uppfattning om vilken information de upplevde att de behövde efter sin första hjärtinfarkt. Detta jämfördes med vad sjuksköterskan hade för uppfattning.</p>	<p>27 patienter, 13 kvinnor och 14 män inkluderades. Dessa var mellan 50-89 år.</p> <p>68 sjuksköterskor inkluderades.</p> <p>Frågeformulär (CPLNI) besvarades tredje dagen på sjukhuset samt sex veckor efter utskrivning. Kort strukturerad intervju genomfördes på sjukhuset. Sjuksköterskor fick besvara frågeformulär (CPLNI) vid 1 tillfälle</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Patienterna ville känna till symtom, behandling och när det skulle söka sjukvård samt hur de skulle reducera risken att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt. Sjuksköterskorna ansåg också att detta var viktigast. Information om fysisk aktivitet ansåg patienterna var mindre viktigt än sjuksköterskorna. Det framkom att individuellt anpassad sjuksköterskeinformation till patient är nödvändig.</p>	<p>Medel</p>
<p>Turton J</p> <p>England</p> <p>1998</p>	<p>Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff.</p>	<p>Ta reda på informationsbehovet hos patienten och dennes partner. Detta jämfördes med vad sjuksköterskan tyckte var viktigt att informera om efter hjärtinfarkt.</p>	<p>18 patienter med partner inkluderades. 16 män och 2 kvinnor. Dessa var mellan 36-74 år.</p> <p>18 sjuksköterskor inkluderades. Dessa var mellan 23-48 år.</p> <p>Frågeformulär (CPLNI) besvarades av patienter respektive partner 12- 15 dagar efter utskrivning. Sjuksköterskor besvarade frågeformulär (CPLNI).</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Information om symtom och livsstil ansågs viktigt av alla tre grupperna. Information om läkemedelsbehandlingen tyckte sjuksköterskorna var viktigt medan detta var mindre viktigt för både patienterna och deras partner.</p>	<p>Medel</p>