



Omvårdnad till patient med hjärtsvikt

- Sjuksköterskors pedagogiska funktion

Författare: Robert Agerskog & Anders Sundén

Handledare: Gullvi Flensner

**Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
Juni 2002**

Arbetets titel:	Omvårdnad till patienter med hjärtsvikt - Sjuksköterskors pedagogiska funktion Caring for patients with heartfailure - Nurses pedagogical function
Författare:	Robert Agerskog & Anders Sundén
Handledare:	Gullvi Flensner
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Antal sidor:	24
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V
Datum:	Juni 2002

ABSTRACT

Patients with heartfailure have been a neglected group. Several studies have highlighted that patients have insufficient knowledge about their illness. As a consequence from the symptoms patients experience disablement, both physical and psychological. The aim in this literature review was to study nurses' pedagogical function in the encounter with patients suffering from heart failure. Three questions were posted: How can nurses improve patient participation in caring? What knowledge do the patients need to manage their self-care? Which problems can arise for the nurses in this process? Nine articles were analysed. In order to enable patient participation and patient empowerment, nurses must admit the patient's right to be involved in his/her care. In the nurse-patient-relationship, patients need knowledge in several different areas, such as activity/rest, diet, medication, deterioration and what consequences the illness will have on their daily living. Problems who might arise for the nurses in this process are mainly about lack of communication and continuity.

Keywords: Communication, knowledge, patient participation, patient empowerment, selfcare.

Nyckelord: Kommunikation, kunskap, patientdelaktighet, patient empowerment, egenvård.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
- Patofysiologi	2
- Klassificering	3
Patient med hjärtsvikt	3
- Problem i dagligt liv	3
- Patient empowerment	3
- Inlärningsprocessen	5
Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion	5
- Sjuksköterskans ansvar	5
- Sjuksköterskans pedagogiska funktion	6
PROBLEMSTÄLLNING OCH SYFTE	7
METOD	7
- Urval	8
- Analys	10
RESULTAT	10
Hur kan sjuksköterskan öka patientens delaktighet i vården?	10
- Vad innebär delaktighet?	10
- Vad krävs för en ökad delaktighet?	11
- Stimulera till delaktighet	12

Vilken kunskap behöver patienten för att kunna klara sin egenvård	13
- Generella kunskaper	13
- Aktivitet/vila	14
- Diet	14
- Läkemedel	15
Vilka svårigheter kan uppstå för sjuksköterskan i denna process?	15
- Patienten fysiska och psykiska hälsa	15
- Konflikt mellan patientens medbestämmande och sjuksköterskans kunskap	16
- Rätt kunskap och information	16
- Bristande kontinuitet och patient empowerment	17
DISKUSSION	19
- Metoddiskussion	19
- Resultatdiskussion	20
- Konklusion	21
REFERENSER	23

INLEDNING

Patienter med hjärtsvikt har länge varit en eftersatt grupp då det gäller undervisning rörande sin sjukdom (Persson, Malmqvist, Carlsson, Rehnqvist, Lundman, 1994) Dessa författare beskriver flera undersökningar som visat på allvarliga brister i patientens kunskap om sin sjukdom. En studie i Danderyd visade att flera patienter, trots pågående hjärtmedicinering inte visste om att de hade fel på hjärtat. Detta kan i sin tur medföra bristande följsamhet i behandlingen vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten (Persson et al., 1994).

Många patienter med hjärtsvikt kan uppfatta sig själva som friska. Att göra förändringar i livsstilen samt att inta läkemedel upplevs som onödigt tills den dagen kommer då de blir akut sjuka. Att förstå konsekvenserna av sjukdomen kan vara en svår process för de som drabbats (Strömberg, 2001)

Hur kan patienter bättre hantera sin situation? Vad kan sjuksköterskan göra för patienterna? Vår uppfattning är, att de patienter som förstår samt kan hantera sin situation, upplever bättre livskvalitet. Detta förebygger återinsjuknande och minskar därmed antalet vård dagar.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni, vilka tillsammans svarar för 75% av all hjärtsvikt. Det är svårt att uppskatta förekomsten av hjärtsvikt, eftersom en enhetlig definition av hjärtsvikt saknas och diagnosen är svår att ställa. Cirka 2-3% (ca 200 000 individer) i Sverige lider av symtomgivande hjärtsvikt och 30-35 000 nya fall upptäcks varje år (Persson, 1995).

Enligt socialstyrelsens beräkningar uppskattades antalet vård dagar beroende av hjärtsvikt år 2000 till 225 400 inom slutenvården (Erhardt, Caidal, Eriksson, Persson Sylvén, 1994).

Farminghamstudien (i Persson, 1995) har visat att diagnosen hjärtsvikt domineras av män upp till 65 års ålder medan det hos kvinnorna oftare förekommer vid 75 år och uppåt. Under ett år och på 1000 invånare drabbas fyra män respektive en kvinna av hjärtsvikt.

Patofysiologi

Hjärtsvikt är egentligen ingen sjukdom utan en kombination av symtom på en bakomliggande hjärtsjukdom. Det finns ingen tydlig definition av begreppet i litteraturen. Persson (1995) beskriver hjärtsvikt som en oförmåga hos hjärtat att med normala fyllnadstryck upprätthålla en tillräcklig minutvolym för att tillfredsställa vävnadernas krav på blodförsörjning. Tillståndet orsakas av en bakomliggande rubbning i hjärtats arbete, som inte förmår upprätthålla den cirkulation som kroppen kräver. Hjärtsvikt kan vara latent eller manifest. Latent hjärtsvikt benämns ofta som vänsterkammardysfunktion och patienten upplever vid detta tillstånd inga symtom. Vid manifest hjärtsvikt har det störda hjärtarbetet startat en aktivering av olika kompensationsmekanismer som alla strävar efter att upprätthålla cirkulationen på en normal nivå. Ofta är det dessa kompensationsmekanismer som ger patienten dess symtom. Den kammare som sviktar (eller båda) orkar inte vidarebefordra den blodmängd som tillkommer i varje diastole. Trycket i diastole stiger, blodet köar bakom den sviktande kammaren och trycket stiger även där. Om vänsterkammaren sviktar, vilket är det vanligaste, fås en tryckökning i vänster förmak och lungkretsloppet, i senstadiet också i högerhjärtat. Vid högerkammarsvikt sker en tryckökning i högerförmaket och i venerna i systemkretsloppet (Persson, 1995).

Hjärtsvikt ger effekt både framåt och bakåt i cirkulationens riktning. Forward failure innebär låg minutvolym och förlångsamt flöde med bristande perifer cirkulation som följd. Detta yttrar sig i trötthet och försämrad njurfunktion vilket leder till vätskeretention. Överskottet av vatten pressas ut i blodbanan där ventrycket är högst, vilket styrs av tyngdlagen. På en uppegående människa är därför ankel ödem på kvällarna ett tidigt symtom på vänsterkammarsvikt. Med backward failure menas att höger eller vänster kammare inte förmår att pumpa undan blodet utan det blir stockning bakåt. Detta resulterar antingen i lungstas, lungödem eller leversvullnad och perifera ödem. Många gånger går det ej att bota den bakomliggande orsaken till hjärtsvikt, utan det rör sig om ett kroniskt tillstånd som oftast försämras (Persson, 1995).

Klassificering

För att ange graden av hjärtsvikt används vanligen en subjektiv funktionsklassificering enligt New York Heart Association (NYHA) där svårighetsgraden delas in i fyra olika klasser:

- ◆ NYHA I: Organisk hjärtsjukdom utan symtom
- ◆ NYHA II: Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet, endast efter fysisk aktivitet av mer än måttlig grad
- ◆ NYHA III: Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, allt ifrån gång i motlut till symtom vid på- och avklädning. Denna grupp är relativt vid och lätta fall hänförs ibland till klass IIIa och svårare till klass IIIb. Klass IIIa klarar att gå >200 m på plan mark utan besvär.
- ◆ NYHA IV: Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökande symtom vid minsta aktivitet. Patienten är ofta sängbunden (Dahlström & Johansson, 2000).

Patient med hjärtsvikt

Problem i dagligt liv

Det är de upplevda symtomen och deras begränsade effekt i det dagliga livet som förkroppsligar begreppet hjärtsvikt för patienten (Laitinen, Olsson, Karlberg, 1999). Patienterna upplever både fysisk och psykisk invaliditet som en konsekvens av de olika symtomen. Orkeslöshet beskrivs som en sorts varannandags fenomen. Trötthet och andfåddhet leder till ytterligare inskränkningar i ADL-förmåga och oberoende i det dagliga livet. Detta bidrar också till en nedstämdhetsproblematik och/eller oro. Upplevelserna av läkemedelsbehandlingen är både positiva och negativa. Medicinen har god symtomlindrande effekt men framförallt behandlingen med diuretika ger oönskade biverkningar. Dessa tar sig uttryck i fysisk och psykisk trötthet. Att ofta behöva gå på toaletten relaterat till diuretikabehandlingen upplevs som jobbigt (Laitinen et al., 1999).

Patient empowerment

Att fatta beslut angående patienters behandling har tidigare ansetts tillhöra sjukvårdspersonalen. Uttrycket ”patient empowerment” har ökat i popularitet inom

vården de senaste åren. Som ett resultat av detta har det används i varierande situationer och givits skiftande innebörd (Paterson, 2001).

Gibson (1991) definierar empowerment som: "A social process of recognizing, promoting, and enhancing peoples` abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their lives." (s 359). Rodwell (1996) beskriver "Patient empowerment" som den kraft som ger patienten ett bemyndigande till medverkan och medbestämmande i vården. Detta ger patienten möjlighet att bli medveten om sin styrka, förmåga och personliga kraft och inkluderar maktdelning, självrespekt och respekt för andra. Rodwell utgår ifrån fyra punkter då hon beskriver empowerment: 1. En hjälpande process, 2. Ett samarbete där båda parter värdesätts likvärdigt, 3. Gemensamt beslutstagande utifrån tillgångar, möjligheter och befogenhet, 4. Valfrihet och ansvarstagande.

Utifrån dessa fyra punkter har sedan en teoretisk definition skapats: "I ett hjälpande kompanjonskap är det en process att stödja människor till att välja att ta kontroll över samt fatta beslut om sina liv. Detta är också en process som värdesätter alla inblandade" (Rodwell, 1996, s 309).

Processen som leder till patient empowerment, förväntas ske i ett samspel av givande och tagande mellan patient och sjukvårdspersonal (Björvell, 1999). Detta medför att patienten inte enbart blir en person i centrum utan en likvärdig deltagare i sjukvårdsteamet. Om patienten inte ges denna möjlighet riskerar denne att förlora sig själv i den hierarkiska sjukvårdsorganisationen. Patienten kan då känna sig hjälplös och tappa sin identitet vilket utesluter egna initiativ till att förbättra patientens hälsa och välbefinnande.

Uttrycket eller förhållningssättet "patient empowerment" stämmer väl överens med hälso- och sjukvårdslagens (HSL) (SFS 1982;763) betoning av patientens delaktighet i vården. Dock finns det ej någon heltäckande svensk synonym. Det finns flera liknande översättningar som används i litteraturen t.ex. bemyndigande, patientkraft och delaktighet. Inget av dessa uttryck täcker dock helt betydelsen, därför kommer det engelska uttrycket att användas i arbetet.

Inlärningsprocessen

Vad är inläring? De svenska forskarna i pedagogik, Marton och Säljö (1977), uttrycker inläring som en process, varigenom människan utvecklas. Lauvås (1983) delar utgångspunkten att inläring är en individuell psykologisk process som försiggår i människans inre. Därför blir inläring, mer eller mindre, ett resultat av den egna aktiviteten. Granum (1994) anser att vårdtagaren lär sig genom egna egenskaper och intressen. Inlärningsbehov och inlärningsresultat är därför av individuell karaktär. Varje individ lär sig på sitt sätt. Vårdtagaren lär sig nödvändigtvis inte av vårdarens undervisning, utan av det som händer med honom vid undervisningssituationen. Inlärningsresultatet påverkas av aktiv samverkan där centrala faktorer som närhet, kontakt, tillit och tid utgör grundpelare. Inlärningsresultatet är en förhållandevis bestående förändring hos vårdtagaren, om det baseras på egna erfarenheter (Granum, 1994).

Det finns olika modeller för hur individer lär. Strömberg (2001) beskriver att den traditionella modellen antar att utbildning ökar kunskapen och att denna leder till beteendeförändringar med ökad följsamhet vid farmakologisk alternativt icke-farmakologisk behandling. Denna modell är linjär enligt nedanstående.

Utbildning kunskap beteendeförändringar förbättrat resultat

Strömberg (2001) menar att den hermeneutiska modellen för lärande förutsätter reflektion. Det går inte att lära sig något utan egen reflektion, interaktion, förståelse och tolkning hos individen. Patientens egenförmåga, självständighet och locus of control har stor betydelse i denna process. Denna modell beskrivs som en process enligt nedanstående.

Utbildning \Leftrightarrow reflektion \Leftrightarrow förståelse förbättrat resultat

Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion

Sjuksköterskans ansvar

I HSL (SFS 1982:763) står det att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet. Behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Sjuksköterskan ska främja välbefinnande och stärka hälsa (SOSFS 1993:17).

En sjuksköterska som utbildar en patient och dennes familj är ansvarig för att alla detaljer om sjukdomen och dess behandling delges. För att undervisningen skall bli lyckad måste den diskuteras utifrån patientens utbildningsbakgrund, socioekonomiska bakgrund och familjeförhållande. Undervisningen bör även utgå från patientens egen syn på hälsa. Sjuksköterskan måste vara skicklig på att uppfatta den enskildes patientens behov samt erbjuda individanpassad utbildning utifrån patientens tidigare kunskap, utbildningsnivå, kognitiv funktion och livssituation. Det är också viktigt att förstå inlärningsprocessen och att kunna utvärdera denna (Stallings & Rankin, 1990). Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1982:763).

Sjuksköterskans pedagogiska funktion

Den optimala omvårdnaden handlar om att möjliggöra för patienter att praktisera egenvård (Swanson, 1993). Att möjliggöra uttrycks som att underlätta någons passage genom livet vid främmande händelser. Detta inkluderar enligt Swanson (1993) att vägleda, informera och förklara för den andra, stötta och tillåta dennes egna erfarenheter. Det inkluderar också att assistera någon att fokusera på viktiga frågor, hjälp att skapa alternativ, erbjuda återkoppling och styrka den andras verklighet. Målet med att möjliggöra är att garantera den andras välbefinnande över en lång tid. Potentialen för välbefinnande vilar på möjligheten att kunna praktisera egenvård fullt ut.

Patient empowerment fokuserar på hälsa och inte enbart på sjukdomen. Det är främst patientens hälsoinriktade egenvård som ger förutsättning för patientens medbestämmande i vården (Björvell, 1999). Orem (2001) beskriver egenvård som det vuxna friska personer självständigt gör, för att sköta sin hälsa och klara av sina personliga behov i den miljö där de lever sitt dagliga liv. Hon ser egenvårdsbehoven som mångdimensionella och menar att en medveten egenvård ger en förutsättning för bevarad hälsa, strukturerad livssituation, personlig integritet och utveckling. Hon anser att alla människor har egenvårdsresurser, men som de av olika skäl använder mer eller mindre medvetet (Orem, 2001).

Henderson (1966) har belyst sjuksköterskans omvårdande funktion. Hennes omvårdnadsteori består av fjorton punkter där den fjortonde punkten betonar vikten av att hjälpa patienten att lära. Hon ansåg också att en del av sjuksköterskans roll var att höja patientens förståelsenivå och därmed främja hälsa.

Undervisning handlar om att skapa goda inlärningssituationer. Engelsen (1990) beskriver att detta innebär att undervisning, till skillnad från information, är planerad och utformad i samråd med patienten, utifrån dennes önskningar och kunskapsnivå. Goda inlärningssituationer har direkt samband med egenaktivitet. Det innebär att vårdtagaren på något sätt blir engagerad i undervisningen. Detta kan till exempel vara att vårdtagarens tankar och känslor blir engagerade med utgångspunkt i hur undervisningen är upplagd eller att vårdtagaren får vara med vid planering av behandlingen i den grad han förmår delta (Engelsen, 1990).

Strömberg (2001) skriver att en ökad kunskap stärker patientens känsla av personlig kontroll samt underlättar att anamma den kroniska sjukdomsrollen och den föreskrivna behandlingen. Ju längre hjärtsvikten fortskrider desto mer måste patienten göra förändringar i sin livsstil och lära sig att leva med de konsekvenser som sjukdomen medför. Syftet med undervisning är att göra sjukdomen och dess symtom lättförståeliga för patienten. Detta för att patienten utifrån informationen/undervisningen skall kunna göra egna val samt uppnå självvalda mål (Stallings & Rankin, 1990).

God information och undervisning är alltså nödvändig för att öka patientens möjligheter till aktiv medverkan i den egna vården, och för att skapa djupare förståelse för sjukdomen och hur den skall bemästras. Sådan förståelse förutsätter ett utbyte av kunskaper och erfarenheter, dvs. en dialog istället för enkelriktad kunskapsöverföring (Laitinen, Olsson, Karlberg, 1999).

PROBLEMSTÄLLNING OCH SYFTE

Hur kan sjuksköterskan stärka patientens egen förmåga att hantera sin hjärtsvikt?

Syftet med denna litteraturstudie är att studera sjuksköterskans pedagogiska funktion i mötet med patienter med hjärtsvikt. Studien utgår ifrån tre frågeställningar:

- Hur kan sjuksköterskan öka patientens delaktighet i sin vård?
- Vilka kunskaper behöver patienten för att kunna klara sin egenvård?
- Vilka problem/svårigheter kan uppstå för sjuksköterskan i denna process?

METOD

Med utgångspunkt från syftet ansågs att en litteraturstudie passade bäst för att uppnå detta. Litteraturstudier är viktiga för att belysa ett forskningsområde genom att man

studerar det som redan finns dokumenterat på området. På detta sätt kan man uppnå överskådlighet och väcka intresse över området (Polit & Hungler, 1999).

Sökning efter litteratur har gjorts på Biomedicinska biblioteket och Stadsbiblioteket i Göteborg samt vid Högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek i Vänersborg.

Systematisk sökning gjordes via databaserna CINAHL, Eric, Spriline, Medline, och SveMed+ samt en osystematisk sökning via referenslistor, vilket har givit relevant litteratur. Sökorden, som användes var för sig samt i kombinationer, var: patient empowerment, communication, analysis of empowerment, patient education, heart failure, patient participation, nursing care, chronic heart failure och patient undervisning. Den systematiska sökningen redovisas i tabell 1.

Tabell 1. översikt över använda databaser, sökord/kombinationer och resultat av sökningen.

Databas	Sökord/kombinationer	Antal träffar
Cinahl	Patient empowerment and communication	42
Cinahl	Analysis of empowerment	155
Cinahl	Patient education and heart failure	310
Eric	Patient empowerment	3
Spriline	Empowerment	58
Spriline	Patient participation	130
Medline	Nursing care, chronic heart failure	31
SveMed+	Patient undervisning	70
SveMed+	Patient participation	130
SveMed+	Heart failure	285

Urval

Efter genomgång av de titlar som träffarna gav, valdes de med ett klart samband med studiens syfte ut. Artiklarna skulle även finnas tillgängliga via biblioteken. De som var äldre än 1992 valdes bort. Artiklarnas abstract studerades utifrån studiens syfte. De artiklar där författarna hade ett annat fokus exkluderades. Kvar blev 30 artiklar som granskades. Av dessa var några ej vetenskapliga (n=11) och några gav ej svar på studiens frågeställningar (n=10). Resterande inkluderades i studien (n=9). Samtliga artiklar grundades på empiriska studier, förutom två. Elliott & Turell, (1996), som var ett debattinlägg samt Ashworth, Longmate och Morrison (1992), vilken var en litteraturstudie. Dessa valdes att användas i studien då dess innehåll var intressant och värdefullt. Analyserade artiklar redovisas i tabell 2.

Tabell: 2. Översikt av litteratur som analyserats och använts i resultatet.

Författare/År	Metod/Instrument/Analys	Syfte
Jaarsma.T, Abu-saad. H. H, Halfens. R och Dracup. K. (1997)	Kvalitativ metod. Triangulering: litteraturstudie, studie av generella riktlinjer och semi-strukturerade intervjuer med sjuksköterskor (n=45).	Skall ge en översikt rörande omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt.
Hagenhoff. B.D, Feutz. C, Conn. V.C, Sagehorn. K. K och Moranville-Hunziker. M. (1994)	Kvantitativ metod. Intervjuer av (n=30) patienter och (n=26) sjuksköterskor. Även ett mätinstrument (CHFPLINI) för lärande och behov utvecklades och testades.	Undersöka hur patienter med hjärtsvikt inlagda på sjukhus och deras sjuksköterskors iakttagelseförmåga rörande nödvändigheten och vikten av patientundervisning.
Laitinen. K, Olsson. M och Karlberg. K. (1999)	Kvalitativ metod. Datainsamling via fokusgrupp (n=10). En kvalitativ processororienterad intervjumetod med öppna frågor.	Belysa faktorer som underlättar respektive hindrar patienter med kronisk hjärtsvikt att använda den information som ges av vårdpersonalen.
Jaarsma.T, Abu-saad. H. H, Dracup. K. och Halfens. R. (2000)	Kvantitativ metod. Data samlades in från (n=128) patienter med hjärtsvikt under sjukhusvistelsen och följdes upp efter 1, 3 och 9 månader. I studien skapades och användes ett frågeformulär. HF- SC.	Beskriva hjärtsviktsrelaterade egenvårdsbeteenden. Att utvärdera effekten av undervisning och uppföljningens betydelse rörande egenvårdsbeteenden och diskutera begränsningar.
Martin. G. W. (1998)	Kvalitativ metod. Intervjuer av sjuksköterskestuderande under klinisk utbildning (n=30). Thick descriptions har använts vid insamlingen av data.	Söka svar på betydelsen av empowerment för döende patienter.
Paterson. B. (2001)	Kvalitativ metod. Grounded theory. Patientintervjuer (n=22)	Undersöka val av egenvårdsbeteenden bland patienter med kronisk sjukdom.
Elliott. M.A, Turrell A. R. (1996)	Debattinlägg.	Undersöka nyckelfaktorer av patient empowerment samt diskutera hur detta inverkar på sjuksköterskerollen
Jewell. E. J. (1993)	Kvalitativ metod. Ethnografisk studie. Ett gruppsamtal mellan sjuksköterskor analyserades. (n=4).	Undersöka sjuksköterskors iakttagelseförmåga angående betydelsen av patientens delaktighet i vården. Hur överföra beslutsfattandet till patienten.
Ashworth. P. D, Longmate. M. A och Morrison. P.(1992)	Kvalitativ metod. Fenomenologi. Frågor ställdes till tidigare litteraturstudier. (n=4).	Hur patientdelaktighet visar sig i sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Analys

Analys av artiklarna utfördes utifrån arbetets syfte. De tre nämnda frågeställningarna ställdes till litteraturen: Hur kan sjuksköterskan öka patientens delaktighet i vården? Vilka kunskaper behöver patienten för att kunna klara sin egenvård? Vilka problem kan uppstå för sjuksköterskan i denna process?

Artiklarna lästes ett flertal gånger av båda författarna. Sedan delades de slumpvis upp mellan författarna och bearbetades enskilt utifrån frågeställningarna. Texten markerades med olika färg beroende på frågorna. Svaren skrevs ner på lösblad och sorterades under varje frågeställning efter en gemensam diskussion och kritisk granskning av svaren. I steg två av analysen söktes gemensamt likheter och skillnader. Rubriker växte fram ur textens innehåll. Under rubrikerna kommer allmänna synpunkter att presenteras först. Det som uttrycks av sjuksköterskor/patienter redovisas därefter. Litteraturen som använts i resultatet belyser främst sjuksköterskors möten. Vårdgivaren kommer därmed benämnas sjuksköterska oavsett vad som står i litteraturen. Vad gäller bestämning av sjuksköterska och patient utifrån ett genus perspektiv har vi valt att genomgående benämna sjuksköterskan som hon och patienten som han.

RESULTAT

Hur kan sjuksköterskan öka patientens delaktighet i vården?

Vad innebär delaktighet?

Delaktighet är mer än att uppmuntra patienter att ställa frågor (Jewell, 1994). Det handlar om att i varje steg av vårdgivningen och planeringsprocessen, informera och involvera patienten. Med andra ord erkänna patientens rättigheter att ta beslut och ge synpunkter på vårdplanen. Att bli delaktig eller få tillåtelse att bli involverad i beslutsfattandet, ta del av vården och bli konsulterad, är alla komponenter i patientdelaktighet (Jewell, 1994).

Att få patienten delaktig handlar om mer än att involvera honom i vårdplanen (Ashworth et al., 1992). Genom att informera, diskutera, planera och besluta tillsammans resulterar detta i en ömsesidig delaktighet. Sjuksköterskan arbetar för att lära ut, guida och vägleda patienten. Inom denna atmosfär av närhet/intimitet kan de tillsammans dela kunskaper, erfarenheter och skickligheter som den andra parten är i behov av.

Delaktighet innebär att det mellan vårdgivare och patient sker en dialog (Laitinen et al., 1999). Denna dialog kan sedan resultera i individuella instruktioner till exempel behandlingsmässigt, vilket i sin tur ökar patientens möjlighet och beredskap att kunna hantera sin situation i vardagen mer optimalt.

Vad krävs för en ökad delaktighet?

Motivet för att deltaga måste vara gemensamt, uppfattas som lämpligt och baserat på en ömsesidig förståelse av situationen (Ashworth et al., 1992). Det vill säga ökad delaktighet kräver att de inblandade har samma syften och mål. Frågor, procedurer, roller och status är alla kända av patienten vilket ger en känsla av frihet i vilken det är möjligt att välja hur han vill agera.

Först när patienten känner att han kan vara öppen och ärlig inför sjuksköterskan vad gäller frågor, idéer och upplevelser kan han bli delaktig och engagerad i beslutsfattandet rörande sin egen vård och behandling (Martin, 1998). Liknande beskriver även Paterson (2001). Hon skriver att ett samarbete mellan sjuksköterskan och patient som präglas av öppenhet är nödvändigt för att patienten ska deltaga aktivt. Flera olika faktorer identifieras som viktiga för deltagande i beslutsfattandet, bl.a. information, tid och ekonomiska resurser. Även det sätt som information ges till personer med kroniska sjukdomar kan påverka viljan och möjligheten att engagera sig i beslutsfattandet.

Informationen måste göras lätt för patienten att översätta till det dagliga livet (Jaarsma, Abu-saad, Halfens, Dracup, 1997). Exempel på detta är när det gäller vätskerestriktion, att använda espressokoppar istället för kaffekoppar eller muggar, borsta tänderna flera gånger per dag för att ta bort törstkänslan, och att hjälpa patienten att planera sitt dagliga vätskeintag. Hänsyn måste tas till individuella behov som varierar starkt med ålder, kön, kulturell och socioekonomisk bakgrund. Informations- och stödbehov förändras också under sjukdomsförloppet. Patientperspektivet är viktigt för sjuksköterskan att känna till om hon skall kunna ge adekvat information och stöd (Jaarsma et al., 1997).

Sjuksköterskan måste ge upp sin makt/styrka och istället hjälpa sina patienter att känna styrka. Utan denna kraft orkar de inte vara delaktiga (Elliott, & Turell, 1996).

Stimulera till delaktighet

Vill man utveckla delaktighet i vården är det viktigt att börja med delaktighet i informationsprocessen. Patienten måste känna till planen angående sin vård. Om han ej gör detta, hur kan han då ta del i den? (Laitinen et al., 1999).

Starten på patientdelaktighet (Jewell, 1994) är att fråga patienten om det sjuksköterskan uppfattat som problem stämmer, sätta in det i vårdplanen samt fråga om han verkligen går med på vad som kommer att hända.

Laitinen et al. (1999) skriver att kunskap är första steget, men patienten behöver stöd och handledning för att kunna översätta informationen till sina egna behov och mål. För ökad delaktighet i vården är en dialog mellan sjuksköterska och patient en förutsättning för att denne skall tillgodogöra sig informationen. Genom att lyssna, lägga vikt vid dialogen och att stimulera patienten att ta aktiv del utifrån sitt vardagsperspektiv, ökar möjligheten för patienten att aktivt delta i sin vård. Kan sjuksköterskan bedöma patienternas behov och motivation att söka information, kan hon väcka deras intresse för sin egen vård samt ge stöd vid behov.

Att sjuksköterskan tar sig tid, lyssnar på frågor och diskuterar problem är viktigt för patientens känsla av delaktighet (Paterson, 2001). Denna dialog (Laitinen et al., 1999) med den enskilde, alternativt i en patientgrupp, fungerar motivationshöjande vilket framgår i intervjuer med patienter. Råden blir inte bara tillsägelser, när exempelvis samband mellan de egenvårdande icke farmakologiska åtgärderna och kontrollen av symtom lyfts fram.

Jaarsma, Abu-saad, Halfens, Dracup, (2000) beskriver interventioner där sjuksköterskan haft ett stödande och utbildande förhållningssätt. Genom ett stödande och utbildande möte där sjuksköterskan utgår ifrån att stödja, vägleda, utbilda samt skapa en utvecklande miljö ger hon patienten möjlighet till ökad delaktighet. En strategi för att öka patientens delaktighet är att förse patienten med olika val för ett lyckat uppträdande samt skraddarsy informationen utifrån patientens livsstil. Ett exempel på detta är att be patienten ta med en lista över daglig vikt till sjukhuset för att sedan använda den som behandlingsguide. En annan strategi är att binda samman informationen med erfarenheter på sjukhuset. T.ex. den dagliga kontrollen av vikten kan användas till att förklara sambandet mellan vätskestatus och vikt, betydelsen av att fortsätta med detta hemma samt vad patienten kan göra om vikten ökar.

Enkla ingripanden som att introducera läkemedelsdosett, referera till ett rehabiliteringsprogram eller uppmuntra särskilda aktiviteter, kan göra viktiga skillnader för patientens delaktighet. Genom rollspel, socialt stöd och positiva erfarenheter av ett speciellt beteende ökar patientens tilltro till att han kan utföra och ha nytta av det (Jaarsma et al., 2000). Sjuksköterskans roll (Elliot & Turrell, 1996) innebär att hon sätter sin kliniska expertis till förfogande för patienten istället för att utgå från att patienten automatiskt accepterar den kliniska åsikten. Sjuksköterskan kan använda sin skicklighet och kunskap till att försöka öka patientens livskvalitet, självkänsla och välbefinnande. Det är dock först när ett ärligt samarbete uppstår och empowerment startar som det kan bli en varaktig verklighet (Martin, 1997).

Vilken kunskap behöver patienten för att kunna klara sin egenvård?

Att undervisa patienter med hjärtsvikt och deras familjer är en betydande del av sjuksköterskans uppgift vid vård av patienter med hjärtsvikt. Dessa individer är i stort behov av ny information. Sjuksköterskan har också en viktig roll i att spåra missuppfattningar hos patienten och korrigera dessa genom korrekt information. Det är viktigt att patienten förstår sjukdomens prognos, beräknad överlevnad och faktorer som påverkar livskvaliten. Patienter och dennes familj behöver inte bara information om sjukdomen utan också om behandlingen på sjukhuset, långtidsbehandlingsplanen och livsstilsförändringar. En del patienter behöver råd och stöd för att genomföra sådana livsstilsförändringar och ändå kunna njuta av livet. Det samma gäller hjälp med att sätta realistiska mål för framtiden (Jaarsma et al., 1997).

Generella kunskaper

Patienten behöver kunskap om sjukdomen och konsekvenser som den ger i det dagliga livet. Han behöver också kunskap om symtomen från hjärtsvikten, tecken på försämring och vad som skall göras om detta inträffar (Jaarsma et al., 1997). Även Jaarsma et al. (2000) belyser vikten av kunskap angående varningssignaler om försämrad hjärtsvikt. Varningssignaler kan vara andningsbesvär, trötthet, illamående och tilltagande vätskeansamling i form av ödem. Många patienter bortser från dessa symtom p.g.a. att de inte ser sambandet med sjukdomen.

Andra viktiga kunskaper är förståelsen av sambandet mellan vikten och sjukdomen och betydelsen av daglig vägning samt förebyggandet av yttre omständigheter som kan orsaka skador på huden då dessa patienter är extra känsliga p.g.a. nedsatt cirkulation. De behöver också optimera sin motståndskraft mot infektioner, som de är mycket mottagliga för. Detta kan göras genom att låta vaccinera sig mot influensa och hotande pneumokockinfektion (Jaarsma et al.,1997).

Aktivitet/Vila

När det gäller fysisk aktivitet i samband med kronisk hjärtsvikt kan en del patienter uppleva att de förses med ambivalent kunskap. En patient uttrycker det så här. ” Någon säger åt mig att jag skall röra på mig så mycket som möjligt, andra säger lägg dig och vila och ha det skönt. Vad skall man göra?” (Laitinen. et al.,1999 s.6)

Vissa patienter visste inte om att vila eller anpassad aktivitet var till vinst för deras hälsa (Jaarsma et al., 2000). Ibland har patienter svårt att hitta en balans mellan vad de vill göra och vad hjärtat tillåter dem att göra. Patienter med hjärtsvikt behöver kunskap om vilka aktivitetsnivåer som är önskvärda. Det är t.ex. viktigt att minska hjärtats arbetsbelastning genom att undvika psykisk stress dock måste de bibehålla sin styrka genom att fortsätta vara aktiva. Kunskap om vilken typ av aktivitet som stressar hjärtat vilket är skadligt (Laitinen et al., 1999) samt vilken aktivitet som inte gör det är också viktigt (Jaarsma et al., 1997).

Diet

Det är viktigt att patienten har kunskap om sin diet för att kunna upprätthålla ett adekvat näringsintag. Denna kunskap består av vad han skall äta samt vad som är mindre bra men också hur patienten hittar detta och vad han skall leta efter på exempelvis matvaroförpackningar (Jaarsma et al., 1997).

Enligt Jaarsma et al. (1997) rapporteras det att patienter med hjärtsvikt bör vara restriktiva med sitt saltintag. Ofta sägs det att det räcker om du inte tillsätter salt i maten, men patienter behöver också känna till olika gömda saltkällor. Många behandlade matvaror och restaurangmål innehåller mycket salt vilket många patienter inte alltid inser (Jaarsma et al.,1997).

Angående vätskerestriktion skriver Laitinen et al.(1999) att kravet är känt men svårt för patienterna att leva upp till. Den icke-farmakologiska behandlingens koppling till symtomkontrollen är oklar.

Däremot skriver Jaarsma et al., (2000) att flera patienter tror sig behöva mycket vätska på grund av diuretikabehandling. De kan också ha läst i någon tidning att äldre människor behöver 2-3 liter vätska om dagen.

Läkemedel

Patienten är i stort behov av kunskap och stöd vad gäller läkemedelsbehandlingen (Jaarsma et al.,1997). Vinsten med behandlingen utifrån livskvalitet och överlevnad är betydande kunskap för patienten. Detta för en ökad följsamhet. Att förstå medicineringschemat samt känna igen symtom på förgiftning eller biverkningar är också det viktigt.

Kunskapen om läkemedelsbehandlingen anser patienter vara den viktigaste kunskapen att lära sig på sjukhuset skriver Hagenhoff, Feutz, Conn, Sagehorn, Moranville-Hunziker (1994).

Vilka problem eller svårigheter kan uppstå för sjuksköterskan i denna process?

Sjuksköterskans värld består av ett flertal rutiner och procedurer, vilka ibland förutsätts som självklara. Dessa kan emellertid omöjligt vara kända för patienterna och sjuksköterskans beteende, upplevs då som främmande (Ashworth et al., 1992). Problem i omvårdnadsprocessen rörande patienter med hjärtsvikt handlar i huvudsak om brister i kommunikationen, kontinuiteten samt samstämmigheten mellan patienter och vårdgivare (Jaarsma et al., 1997).

Patientens fysiska och psykiska hälsa

Sjuksköterskor upplever många gånger att de inte känner sig tillräckliga eller saknar kunskap om hur de skall angripa eller hantera problem relaterade till hjärtsvikt. Andra problem kan gälla att engagera sig i patienterna då dessa upplever icke-delaktighet, olust, hjälplöshet och kraftlöshet (Jaarsma et al., 1997).

Patienternas fysiska och mentala hälsa kan påverka och influera deras förmåga att delta i beslut rörande sin egen omvårdnad (Jewell, 1993). Patienter med kroniska sjukdomar lider ofta av behandlingströtthet, känsla av försämrad livskvalitet, sviktande tro på sin egen förmåga att klara av sin situation samt varken motivation eller ork att engagera sig i sin egen vård (Jaarsma et al., 2000). Tidigare studier har enligt Jaarsma et al. (1997) visat att patienter med hjärtsvikt ofta är deprimerade och lider av humörsvingningar.

Konflikt mellan patientens medbestämmande och sjuksköterskans kunskap

Problem eller etiska dilemman kan uppstå då sjuksköterskan ställs inför situationer där patienternas medbestämmande hamnar i konflikt med sjuksköterskans omvårdnadsplikt (Elliot & Turell, 1996). Sjuksköterskan skall enligt Jaarsma et al. (1997) agera utifrån att bevaka och skydda patienternas säkerhet och inte agera på ett sätt som undergräver patienternas tillstånd och intressen. Det finns dock en del svårigheter i detta tankesätt, då det ibland kan vara svårt att förena vetskapen om vad som är bäst för patienten ur medicinskt perspektiv med patienternas önsknings. Exempelvis kan skyddandet av patienter hamna i konflikt med patienternas intressen om de ignorerar medicinska råd eller om de utan betänklighet accepterar eller insisterar på högriskbehandling utan att någon större vinst föreligger, som till exempel operation vid hög ålder.

Det kan även vara svårt för sjuksköterskan att få patienterna att förstå att sjukdomen har vissa begränsningar eller inskränkningar i det dagliga livet som de behöver anpassa sig efter. En del patienter kan vara för upptagna och har ej tid att minska ned på vissa aktiviteter eller att utföra dem i ett lugnare tempo. Patienterna kan sedan en lång tid haft för vana att utföra vissa uppgifter vid en särskild tidpunkt och på ett särskilt sätt. Detta kan vara svårt att bryta om patienterna inte ser något samband eller egen vinst i att göpra en förändring. Ökad kunskap ger inte automatiskt ökad delaktighet eller beteendeförändringar (Jaarsma et al., 2000).

Rätt kunskap och information

Vårdaren är experten med träning, specifika kunskaper och skicklighet. Patienten är den med problem som ber om hjälp. I ljuset av denna obalans börjar svårigheterna med att säkra patienternas delaktighet i vården (Ashworth et al., 1992).

Patienter vet eller utgår ofta från att sjuksköterskan har större kunskap än de själva. Väljer sjuksköterskan att bortse från detta eller undanhåller kunskap blir resultatet, att det uppstår områden som undviks. Detta kan leda till misstänksamhet och minskat förtroende för vårdpersonalen (Martin, 1997).

Patienter upplever många gånger att deras egna upplevelser och kunskap om sjukdomen ignoreras, trots inspirerat och kompetent uppträdande bland vårdpersonalen. Personalens syn och egen tro på att den professionella kunskapen, kan innebära en nedvärdering av patientens kunskap (Paterson, 2001).

Många patienter uppger att de ljuger för vårdpersonalen när det gäller deras egenvårdsstrategier. De vet att sjuksköterskan kommer att ogilla deras beslut om det skiljer sig från det sätt som föreskrivits. ”De säger att de vill ha våran hjälp i beslutsfattandet men egentligen vill de bara att vi gör som vi blir tillsagda” (Paterson, 2001 s 578).

Det för patienterna viktiga vardagsperspektivet på kronisk hjärtsvikt skiljer sig ofta från det fysiologi- och medicinbaserade sjuksköterskeperspektivet på tillståndet (Laitinen et al., 1999). Detta tar sig uttryck i att patienterna anser kunskapen om läkemedelsbehandlingen som det mest primära. Sjuksköterskorna däremot anser kunskapen om riskfaktorer som viktigast för patienten att lära sig (Hagenhoff et al., 1993).

Patienter, som får undervisning eller information som är irrelevant för deras unika situation, missar möjligheten att använda den. Detta kan uppfattas som ointresse från patienternas sida. Brister i undervisningen eller informationen bidrar också till att patienterna eventuellt sätter upp orealistiska mål inför framtiden och drar egna slutsatser som inte stämmer med verkligheten. För lite kunskap ger patienterna ett otillräckligt underlag för eget beslutsfattande vilket också innebär att patienterna inte kan ställa klagörande frågor (Laitinen et al., 1999). Orsaken till denna brist kan vara att vårdpersonal använder ett språk som inte patienterna förstår. Det professionella språket gör att patienterna inte kan delta språkligt och förståendemässigt i expertgruppen fullt ut. Detta kan innebära att sjuksköterskan missar att både få och ge väsentlig information från och till patienterna. Vården blir då inte heller patientcentrerad (Ashworth et al., 1992). Även Paterson (2001) tar upp det professionella språket som ett problem i samtalet med patienterna. Om patienterna inte förstår språket så leder det till att maktförhållandet mellan sjuksköterska och patient ökar. Detta resulterar i en underlägsenhetskänsla från patienternas sida.

Bristande kontinuitet och patient empowerment

Möjligheten till delaktighet i vården försvåras av olika avbrott i informationsprocessen, kommunikationen och i vårdens kontinuitet. För att patienterna skall kunna använda information och kunskap på ett mer tillfredsställande sätt, behövs en hel informations- och undervisningsprocess, från bedömning till utvärdering utan avbrott i en dialog med patienterna. Detta ställer krav på samordning, speciellt mellan olika vårdgivare men resulterar i empowerment av patienterna (Laitinen et al., 1999). Många patienter upplever att de blir slussade runt till flera olika personalgrupper vilket gör det svårt att skapa förtroende. De upplever att ingen ser helheten av sjukdomsproblematiken eller vilka de är som individer (Paterson, 2001). Bristande kontinuitet inom vården kan för patienterna även leda till förvirring då informationskällorna har varierande uppfattning om sjukdomens förlopp eller svårighetsgrad samt använder sig av olika uttrycksätt (Laitinen et al., 1999). Sjuksköterskor har påtalat vikten av kontinuitet. Vissa tidpunkter och tillfällen är mer passande för stöd- och undervisningssamtal än andra. Sjuksköterskor måste inse att patienter inte kan ta emot all information som behövs vid ett tillfälle. Patientundervisning på sjukhusen måste fortsätta och följas upp inom öppenvården (Jaarsma et al., 1997).

Det är viktigt att sjuksköterskan definierar vad hon menar med patient empowerment, om det skall kunna influera den rutinmässiga omvårdnaden. Detta gäller om begreppet skall bli en positiv utveckling istället för ett problemskapande uttryck med missuppfattningar och dubbla budskap (Elliott & Turrell, 1996).

Det har uttryckts att sjuksköterskans yrkesroll riskerar att upphöra ju större tonvikt som läggs på patienters delaktighet, egenvård och självbestämmande (Elliott & Turrell, 1996). Patienter har identifierat två sätt eller beteenden som går emot tanken på patient empowerment bland sjuksköterskorna. De undervärderar den kunskap som personer som levt med en kronisk sjukdom under en lång tid har. De erbjuder inte heller tillräckliga resurser för att patienter skall kunna fatta beslut, som bygger på kunskap (Paterson, 2001). Det sistnämnda bekräftas av intervjuer med sjuksköterskor där de uttrycker oro och stress över att de inte har tid med stödjande samtal med patienterna (Jaarsma et al., 1997). Många sjuksköterskor vill arbeta utifrån patient empowerment, men de anser att empowerment är ett stort och brett begrepp och svårt att verkligen genomföra (Paterson, 2001).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har valt att göra en litteraturstudie. Även om vi har fått fram relevant litteratur, kan vi dock förmoda att det finns litteratur inom området, som vi har missat. Vid urvalet utgick vi från träffarnas titlar och dess eventuella samband med vårt syfte. På dessa artiklar läste vi abstract och inkluderade de, som vi ansåg ha ett klart samband med vårt syfte. Genom detta tillvägagångssätt kan eventuellt viss litteratur med avvikande titlar, vilka vi bedömt ej belysa vårt område, ändå ha gjort detta och därmed felaktigt ej inkluderats i studien. Även bortfall av artiklar på grund av att de ej var tillgängliga via biblioteken kan ha inneburit att viss relevant litteratur ej inkluderats.

De sökord som använts i studien har givit relevant litteratur och stämt överrens med syftet. Sökningen kunde dock utökats med sökorden kunskap och problem. Ordet kunskap sammanföll med sökorden education och patient undervisning. Vad gäller ordet problem belystes detta i ett flertal artiklar varvid det ej användes som separat sökord.

Analysen av artiklarna gjordes enskilt efter en slumpvis uppdelning, vilket eventuellt kan ses som en svaghet. Efter gemensam diskussion och kritisk granskning av utfallen, där det i vissa fall krävdes tillbakagång till artiklarna, resulterade analysen i likartade kategorier, vilket författarna ansåg styrka trovärdigheten. Av det totala antalet artiklar (n=9) utgick (n=7) från empiriska studier vilket är positivt. Empirisk baserad kunskap är den kunskap man får genom att skaffa sig erfarenheter genom observationer av omvärlden och verkligheten (Patel & Davidson, 1994).

Samtliga artiklar är publicerade i vetenskapliga tidskrifter från 1992 och framåt, vilket ökar trovärdigheten. Artiklarna som analyserats i resultatet behandlar samma ämnen men ur olika synvinklar och perspektiv. Författarna av artiklarna har nått fram till likvärdiga resultat både vad gäller negativa som positiva aspekter. Detta menar vi stärker tillförlitligheten.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att utifrån tre frågeställningar studera sjuksköterskans pedagogiska funktion i mötet med patienter med hjärtsvikt. Syftet har nåtts och det har framkommit att sjuksköterskan har en mycket betydelsefull uppgift i detta möte. Genom ett pedagogiskt förhållningssätt kan hon öka patienternas möjlighet till delaktighet i sin egen vård och behandling. Detta kan ske om sjuksköterskan ser patienten som en i vårdlaget. Med beslutanderätt och med möjlighet till delaktighet. Sjuksköterskan måste vara medveten om informationsprocessens problem, ge undervisning och information som är individuellt anpassad och relevant.

Den första frågeställningen i studien utgick från hur sjuksköterskan kan öka patientens delaktighet i sin egen vård. Studien har visat att för ökad patientdelaktighet i vården måste sjuksköterskan erkänna patientens rättigheter att ta beslut och ge synpunkter på vårdplanen (Jewell, 1993). Beslutsfattandet med avseende på den medicinska vården som bedrivits har tidigare ansetts tillhöra sjukvårdspersonalen. Uttrycket patient empowerment förekommer allt oftare inom vården och litteraturen. Detta arbetssätt innebär för sjuksköterskan och övrig vårdpersonal att de måste ge upp sin egen styrka och makt över vårdens utformning samt beslutanderätten till förmån för patienten. Är det så att sjuksköterskorna har otillräcklig kunskap och motivation för att kunna arbeta utifrån detta begrepp och var ligger då grunden till denna brist? Är det utbildningen eller är det vårorganisationens uppbyggnad och struktur som hindrar sjuksköterskorna att arbeta utifrån patient empowerment?

Den andra frågeställningen utgick från vilka kunskaper patienter med hjärtsvikt behöver för att klara sin egen vård. I studien har det framkommit att patienter med hjärtsvikt ofta upplever sjukdomen genom de begränsningar den ger i deras dagliga liv. En stor del i behandlingen av dessa patienter bör därför riktas mot möjligheterna till egenvård för att öka patienternas kontroll över sjukdomen och på så vis öka deras livskvalitet och känsla av trygghet. Orem, (2001) menar att egenvård, under förutsättning att den sköts på ett för individen bra sätt, leder till bevarad hälsa, en strukturerad livssituation, personlig integritet och utveckling.

Patientperspektivet på sjukdomen hjärtsvikt skiljer sig något i förhållande till hur sjuksköterskor i allmänhet ser på sjukdomen. Patientperspektivet utgår från det dagliga livet och de problem eller hinder som sjukdomen orsakar, medan sjuksköterskor har en tendens att använda en medicinsk synvinkel. Även då det gäller undervisning och

information finns det brister. Detta bör ses som ett allvarligt problem. En felaktig utgångspunkt när det gäller undervisning skapar både en ömsesidig känsla av ointresse samt bristfällig och ohanterbar kunskap för patienten, i hans specifika livssituation och till lika specifika sjukdomsbild.

Undervisningens innehåll skall generera i ökad kunskap hos patienterna. Studien har visat att både patienter och sjuksköterskor varit inriktade mot samma områden, men skiljt sig i frågan om i vilken ordning de bör komma i undervisningsprocessen. Samt vilken som ansågs som viktigast.

Som sista punkt i vårt syfte ställde vi oss frågan vilka problem som kan uppstå för sjuksköterskan i denna process? Det är en svår balansgång för sjuksköterskor att vara dels omvårdande, dels tillåtande och bemyndigande. Omvårdnadsrollen har länge inneburit att sjuksköterskor har haft befälet över den omvårdnad som patienten behövt. Problem eller etiska dilemman rörande patient empowerment kan uppstå då patientens medbestämmande hamnar på kollisionkurs med sjuksköterskans professionella kunskap. Då sjukdomen hjärtsvikt involverar flera yrkeskategorier kan patient empowerment även skapa problem i form av förvirring hos patienten. Om inte all personal har samma attityd och inställning till patientens rätt till medbestämmande.

Konklusion

För att patienten skall känna sig delaktig måste sjuksköterskan erkänna patientens rättigheter att ta beslut och ge synpunkter på vårdplanen (Jewell, 1993). Genom att informera, diskutera, planera och besluta tillsammans resulterar detta i en ömsesidig delaktighet (Ashworth et al., 1992). Samarbetet mellan sjuksköterska och patient måste präglas av öppenhet för att patienten skall delta aktivt (Paterson, 2001). Patienten måste känna till planen angående sin vård. Om han ej gör detta kan han ej ta del i den (Laitinen et al., 1999). Genom att använda sin skicklighet och kunskap kan sjuksköterskan försöka öka patientens livskvalitet, självkänsla och välbefinnande. Det är dock först när ett ärligt samarbete uppstår och empowerment startar som det kan bli en varaktig verklighet (Martin, 1997). Genom att använda sig av ett stödjande och utbildande förhållningssätt i interventioner med patienter där sjuksköterskan utgår ifrån att stödja, vägleda, utbilda samt skapa en utvecklande miljö ger hon patienten möjlighet till ökad delaktighet (Jaarsma et al., 2000).

För att klara sin egenvård måste patienten ha kunskap om aktivitet/vila, diet och läkemedel. Även kunskap om sjukdomen och konsekvenserna den ger på det dagliga livet, symtomen från hjärtsvikten samt tecken på försämring och vad de skall göra om detta inträffar är nödvändigt (Jaarsma et al., 1997).

De problem som kan uppstå för sjuksköterskan i mötet med patienter med hjärtsvikt handlar i huvudsak om brister i kommunikationen, kontinuiteten och samstämmigheten mellan patienter och vårdgivare (Jaarsma et al., 1997). Även patientens fysiska och mentala hälsa kan orsaka problem i omvårdnadsprocessen (Jewell, 1993).

Då det gäller förslag till vidare forskning har vi genom vår studie upplevt en saknad av fastställda direktiv för sjuksköterskor rörande vad patientundervisningen bör innehålla, hur den skall bedrivas, hur undervisningen skall delas upp mellan olika yrkeskategorier och vilken effekt den förväntas ge. Det finns också lite forskning som styrker vilken effekt, undervisning och utbildning till denna grupp av individer har då det gäller ökad följsamhet och förbättrad egenvårdsförmåga.

REFERENSER

- Ashworth, P. D., Longmate, A. M., Morrison, P. (1992) Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1430-1439.
- Björvell, H. (1999) Patient empowerment - målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen* 96, 4816-4820.
- Björvell, H. (1996) Patient empowerment. *Vård* 4, 74-80.
- Dahlström, U. & Johansson, G. (2000). Hjärtsvikt. I: Apoteksbolaget, farmaceutiska sektionen (Red). *Läkemedelsboken*. 99/00, sid 255-266. Stockholm: Apoteksbolaget AB.
- Elliott, M. A. & Turell, A. R. (1996) Dilemmas for the empowering nurse. *Journal of Nursing Management* 4, 273-279.
- Engelsen, U. (1990) *Kan laering planlegges?* Oslo: Gyldendal.
- Erhardt, L., Caidal, K., Eriksson, H., Persson, H., Sylvén, C. (1994) Hjärtsvikt. *SoS-rapport 1994:3*. Socialstyrelsen
- Granum, V. (1994) *Att undervisa i vårdsituation - en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Gibson, C. H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 354-361.
- Hagenhoff, B. D., Feutz, C., Conn, V. S., Sagehorn, K. K., Moranville-Hunziker, M. (1994) Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing* 19, 685-690.
- Henderson, V. (1966) *The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research, and education*. Macmillan. New York.
- Jaarsma, T., Abu-Saad, H. H., Halfens, R., Dracup, K. (2000) Self-care Behavior of Patients with Heart Failure. *Scandinavia Journal of Caring Science* 14, 112-119.
- Jaarsma, T., Abu-Saad, H. H., Halfens, R., Dracup, K. (1997) Maintaining the balance-nursing care of patients with chronic heart failure. *Internationa Journal of Nursing Studies* 34, 213-221.
- Jewell, S. E. (1994) Patient participation: what does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing* 19, 433-438.
- Laitinen, K., Olsson, M., Karlberg, K-E. (1999) Informationsprocessen i samband med kronisk hjärtsvikt - en analys av fokusgruppsintervjuer. *Vård i Norden* 19, 4-9.

- Lauvås, P. (1983) Simulering som pedagogisk virkemiddel. Stensil.
Universitetet i Oslo: Pedagogisk forskningsinstitut.
- Martin, G. W. (1998) Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 28, 737-744.
- Marton, F., Säljö, R. (1977) Inläring och omvärldsuppfattning.
Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Orem, D. E. (2001) *Nursing: Concepts of practice*. Sixth ed. Mosby Year Book. St Louis, MO.
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994) *Forskningsmetodikens grunder*.
Lund: Studentlitteratur.
- Paterson, B. (2001) Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 34, 574-581.
- Persson, H. (1995) *Kardiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, H., Malmqvist, K., Carlsson, A., Rehnqvist, N. och Lundman, T (1994). Allt fler drabbas av hjärtsvikt: bättre behandling och information behövs. *Läkartidningen* 91, 3251-3254.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999) *Nursing Research. Principles and Methods*.
Philadelphia. Lippincott Company. J.B.
- Rodwell, C. M. (1996) An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23, 305-313.
- SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet.
- SOSFS (1993:17) Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård.
Socialstyrelsens författningssamling.
- Stallings, K., Rankin, S. (1990) *Patient education*. Philadelphia: Lippincott company.
- Strömberg, A. (2001) *Caring for Patients with Chronic Heart Failure*. Akademisk avhandling.
Institutionen för medicin och vård. Hälsouniversitetet. Linköpings universitet,
Linköping.
- Swansson, K. M. (1993) Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others.
Journal of Nursing Scholarship 25, 352-357.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se