



Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patienter med hjärt- kärlsjukdom

Författare: Anna Amandusson, Robert Ragnestål, Marie Ökvist

Handledare: Ann-Charlott Lindström

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, Kurs SSK 02:V

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Maj 2004

Titel: Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patienter med hjärt- kärlsjukdom.
Nurse's pedagogical function in nursing practice of patients with cardiovascular disease

Författare: Anna Amandusson Robert Ragnestål Marie Ökvist

Handledare: Ann-Charlott Lindström

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa & kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Sidantal: 29

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 02 VD

Datum: Maj 2004

ABSTRACT

The aim of this study was to elucidate how nurses educate patients with cardiovascular disease. A literature study method was used. To reach the aim of this study, three questions were formulated: By which means do the nurses educate the patients? What does the education include? Is the education adjusted to patient needs? Our findings indicate that the nurses pedagogical function consist of education and giving information to both patients and their relatives. In doing this the nurses used different pedagogical and instrumental strategies such as audio-visible, verbal and written communication. The main education topics were risk-factor management and lifestyle changes. Pure medical questions were stressed as the nurses perceive patient understanding to be of great importance. Repeated individual information with the possibility for personal questions was found to be the most successful pedagogical strategy.

Keywords: Cardiovascular disease, information, nurse roll, nursing, patient education,

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdom, information, omvårdnad, sjuksköterskans roll, vårdtagarundervisning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Medicinska aspekter på hjärt- kärlsjukdomar	1
Riskfaktorer	3
Folkhälsoperspektiv på hjärt- kärlproblematiken	3
Sjuksköterskans hälsoansvar	4
Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnadsarbetet	5
Undervisning och information	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
Frågornas syfte	8
METOD	8
Sökmetod	8
Urval och avgränsningar	9
Tabellöversikt över bearbetade artiklar och avhandlingar	10
RESULTAT	10
Hur sjuksköterskan undervisar patienten	10
Pedagogiska hjälpmedel	11
Skriftligt och muntligt informationsmaterial	11
Video- och dataundervisning	11
Hur sjuksköterskan gav information till patienten	13
Vad sjuksköterskan undervisar om	15
Medicinsk information	15
Riskfaktorer och livsstilsförändringar	16

Hur informationen anpassas efter patientens behov	17
Sjuksköterskans information och patientens informationsbehov	17
Faktorer som kan påverka patientens informationsbehov	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Hur sjuksköterskan undervisar patienten	21
Vad sjuksköterskan undervisar om	22
Hur informationen anpassas efter patientens behov	23
SAMMANFATTNING	24
REFERENSER:	25
Bilaga1	30

INLEDNING

Enligt folkhälsorapporten (2001), beskrivs dagens ohälsoproblem som relaterade till stress, utbrändhet, inaktivitet, rökning, alkohol och felaktiga matvanor. Detta påverkar antalet insjuknandet i hjärt- kärlsjukdomar och medför att sjuksköterskan arbetar med denna typ av ohälsa och sjukdom. I ett sådant vårdssammanhang är sjuksköterskans pedagogiska roll och funktion viktig, varför vi som blivande sjuksköterskor vill undersöka detta problemområde närmare. Information och undervisning är en stor del av sjuksköterskans omvårdnadsfunktion och genom att patienternas eget ansvar ökar, i relation till de allt kortare vårdtiderna, leder detta till att en sådan yrkesfunktion blir en allt viktigare och större del av sjuksköterskans arbete.

BAKGRUND

I bakgrunden kommer vi att belysa hur sjuksköterskans pedagogiska roll och funktion kan kopplas mot hjärt- kärlsjukdom. För det första ges en kortfattad beskrivning av medicinska aspekter på hjärt- kärlsjukdom i syfte att ge en bild av problemet. I detta sammanhang ges också en bild av de riskfaktorer som hör till hjärt- kärlproblematiken. För det andra tar vi upp ett folkhälsoperspektiv på hjärt- kärlproblematiken och sjuksköterskans ansvar i folkhälsofrågor. Bakgrunden avslutas med en beskrivning av sjuksköterskans pedagogiska funktion som en del i yrkets omvårdnadsutövning. I detta sammanhang ges också en beskrivning av undervisnings- och informationsaspekter.

Medicinska aspekter på hjärt- kärlsjukdomar

Omvårdnad kan vara dels specifik och dels allmän. Specifik omvårdnad kräver kunskap, inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling. Den allmänna omvårdnaden är däremot oberoende av sjukdom och medicinsk behandling (SOSFS 1993:17). Hjärtsjukdomar utgör en stor andel av de sjukdomar som drabbar människor i dag och de kräver en allt större del av våra sjukvårdsresurser. I takt med ökad vällävnad och en allt äldre befolkning ökar både förekomst och resursbehov. Det akuta omhändertagandet av hjärtsjuka människor har förbättrats med ökad överlevnad och högre livskvalitet som resultat. Det är främst övervakning vid hjärtintensivavdelningar, nya mediciner och möjlighet till kranskärlsröntgen, kranskärlsoperationer och ballongdilatation som gjort förbättringen möjlig (Vasko & Östberg, 2003). Hjärtmuskulaturen är mycket energikrävande och behöver ständig syretillförsel. Ischemi, syrebrist, uppstår när

syrgastillförseln inte motsvarar hjärtmuskulaturens energibehov. Försämrad blodcirkulation orsakat av kärlförträngningar medför att mindre mängder blod kommer fram till hjärtmuskeln och syrebristen ger vanligen symptom i form av smärta som kärlkramp eller infarktsmärta men kan ibland vara helt smärtfri (Vasko & Östberg, 2003).

Det klassiska symptomet vid kärlkramp och hjärtinfarkt är bröstsmärta. Typisk smärta sitter bakom bröstbenet med utstrålning till vänster arm, men det kan variera mycket från person till person. Kärlkrampen och hjärtinfarkten kan också ge ångest, kallsvettighet och illamående (Ericson & Ericson, 2002; Vasko & Östberg, 2003; Nerbrand & Persson, 2001). Hjärtinfarkten är den vanligaste enskilda dödsorsaken i vårt land genom att svara för 30 % av alla dödsfall. Antalet hjärtinfarkter uppgår till över 50 000 /år och drygt 40 % avlider i sin hjärtinfarkt. Före 45 år är hjärtinfarkten relativt ovanlig och dödligheten låg, och de flesta hjärtinfarkterna inträffar i 70-80 års åldern hos män och 75-85 års åldern hos kvinnor (Persson 2003). Cirka 100 000 personer i Sverige anses lida av angina pectoris, kärlkramp, och den beräknade incidensen av att insjukna i angina pectoris är cirka 11 000 fall/år (Nerbrand & Persson, 2001).

Hjärtinfarkt är en oåterkallelig hjärtmuskelcellskada på grund av syrebrist. Hjärtinfarkt orsakas vanligen av att blodcirkulationen plötsligt upphävs till en del av hjärtmuskeln, vilket beror på trombos i tillförande kärl. Om blodcirkulationen tidigare varit god finns inga kollateralkärl, kärl som löper parallellt vid andra kärl, och alla celler i det drabbade området dör (Ericson & Ericson, 2002; Vasko & Östberg, 2003). Kranskärslsjukdom är ett mycket vanligt tillstånd hos äldre patienter men förekommer även hos yngre, särskilt om de har många riskfaktorer. Att inte ha några riskfaktorer är dock ingen garanti för att inte drabbas av kranskärslsjukdom och personer med många riskfaktorer behöver inte utveckla sådan (Vasko & Östberg, 2003).

Hjärtsvikt, hjärtinsufficiens eller hjärtinkompensation är att betrakta som symptom på en bakomliggande hjärtsjukdom och är alltså inte en sjukdom i sig (Persson, 2003). Orsaken till hjärtsvikt varierar, vanligast i Sverige är ischemisk hjärtsjukdom, bristande blodtillförsel till hjärtmuskulaturen ex hjärtinfarkt och högt blodtryck som tillsammans svarar för 75 % av att insjukna i hjärtsvikt. Grundorsaken till hjärtsvikt är att hjärtats förmåga att pumpa blod är nedsatt. Detta påverkar cirkulationen i stora och lilla kretsloppet, vilket får konsekvenser för flera organsystem. Patienter med hjärtsvikt har varierade symptom. En del har inga symptom

alls, de har en latent hjärtsvikt som kan visa sig på till exempel ekokardiografi, EKG. Patienter med mild hjärtsvikt kanske bara upplever allmän trötthet och andfåddhet vid ansträngning. Svår hjärtsvikt kan yttra sig som akut lungödem där patienten är kraftigt påverkad med svår lufthunger. Svår kronisk hjärtsvikt innebär andfåddhet och trötthet redan i vila. Andra vanliga symptom på hjärtsvikt är plötslig nattlig andfåddhet och perifera ödem som svullna underben. Hjärtsvikt är en vanlig och allvarlig sjukdom. Hos personer över 80 år är förekomsten mer än 10 %, svår hjärtsvikt har en dödlighet 40-50 % (Vasko & Östberg, 2003).

Riskfaktorer

Både förekomst och dödlighet ökade snabbt fram till omkring 1980 enligt Vasko och Östberg (2003) men har sedan börjat minska, trots stigande medelålder. Den viktigaste riskfaktorn för kranskärlsjukdom är hög ålder. Hos män är risken att drabbas större än för kvinnor i lägre åldrar, men i högre åldrar löper kvinnor och män lika stor risk. Hos kvinnor är kranskärlssjukdom ovanlig före menopaus och debuten kommer därför 10 år efter männen. Ärftlighet spelar en mycket stor roll och risken ökar om nära anhöriga visat symptom i yngre åldrar. Förutom det rent genetiska arvet ärver även individen vissa levnadsvanor och det leder till familjär anhopning av kranskärlsjukdom. Förhöjda blodfetter är en annan viktig riskfaktor och då särskilt förhöjda kolesterol värden. Rökning är en av de först erkända och mest betydelsefulla riskfaktorerna för kranskärlssjukdomar. Det är ovanligt att yngre personer drabbas av hjärtinfarkt utan att vara rökare. Hypertoni - förhöjt blodtryck är en allmän riskfaktor för kärlsjukdom och även för kranskärlssjukdom. Hypertoni leder till accelererad ateroskleros, förkalkning av blodkärlen, som ger ökad sjuklighet och dödlighet i t ex hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke. Personer med diabetes mellitus har också en ökad risk att drabbas av kranskärlssjukdomar. Typiskt för diabetes patienter är det blir förkalkningar i artärer och vener som sedan gör att blodgenomströmningen försämras i kärlen (Vasko & Östberg, 2003; Grefberg, 2003; Larsson, 2003).

Folkhälsoperspektiv på hjärt- kärlproblematiken

Hjärt- kärlsjukdomar utgör idag det största folkhälsoproblemet i Sverige trots att risken att drabbas har minskat med cirka 20 % mellan 1987-1997 (Folkhälsorapport, 2001). Risken att insjukna i hjärt- kärlsjukdom ökar med stigande ålder och är vanligare hos män än hos kvinnor, det kvinnliga hormonet östrogen anses skydda mot hjärt- kärlsjukdomar. Det finns stora sociala skillnader. Risken för arbetare att dö i hjärt- kärlsjukdomar är nästan dubbelt så

stor som för tjänstemän. Ökad risk löper också förtidspensionärer och övriga som inte är yrkesverksamma. Det finns även regionala skillnader inom Sverige. Den senaste femtio åren har man kunnat konstatera en större risk att drabbas i norra Sverige, Värmland och Dalarna (Persson 2003). Detta kan till stor del förklaras med olika matvanor och högre blodfetter men även av hög arbetslöshet i dessa områden. Hjärt- kärlsjukvården står för en stor del av vårdkonsumtionen och kostnaderna för kranskärlssjukvården 1995 uppgick till 4,6 miljarder för sjukhusvård, 400 miljoner för primärvård och 2,3 miljarder i läkemedelskostnader. Inräknat ett produktionsbortfall genom sjukskrivningar och förtidspension på 8.5 miljarder blir en sammanlagd kostnad cirka 16 miljarder, 1995 (Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för kranskärlssjv, 2001).

Sjuksköterskans hälsoansvar

Enligt SOSFS 1993:17 är syftet med omvårdnad att stärka hälsa och förebygga sjukdom och ohälsa. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer för att kunna förhindra ohälsa. Genom information och rådgivning kan åtgärder vidtagas för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa. Det är sjuksköterskan genom sin utbildning i specifik omvårdnad som ansvarar för omvårdnadsarbetet. Detta innebär att sjuksköterskan också är involverad i hjärt-kärlsjukvården och i det förebyggande arbetet.

Alla patienter med diagnostiserad kranskärlssjukdom bör erbjudas sekundärprevention det vill säga en insats för att förhindra ytterligare försämring. Syftet med sekundärpreventionen är att motverka för tidig död, fortsatt sjukdomsutveckling och ökad sjukvårdskonsumtion. Undervisning och information är viktig för att motverka att onödig oro och ångslan uppstår. Sjuksköterskan bör genom undervisning och information få patienten till livsstilsförändringar och tillsammans med medicinska åtgärder undvika återinsjuknande (Billing & Welin, 1998). Sekundärprevention innebär att minska sjukdomen eller hejda dess progress. Man gör en kontroll av riskfaktorer och har ett program för uppföljning, detta bör utarbetas med lokala överenskommelser mellan sjukhuskliniker och primärvården (Nerbrand & Persson, 2001; Norrving, Olsson & Terént, 2001).

Det är viktigt att patienten informeras om sin sjukdom och dess symptom samt på vilket sätt han eller hon själv kan påverka förloppet. Patientens eget ansvar för sin hälsa är viktigt att framhålla. Sjuksköterskan har i detta sammanhang en viktig roll. I undervisningen är det viktigt

att sjuksköterskan anpassar sin information och undervisning efter patientens upplevelser och situation och möter patienten efter dennes behov. Sjuksköterskan måste använda sin kunskap och sin kreativitet för att förstå patienten och patienten själv måste uppmanas och stödjas till att ta ansvar för sin egen person och skapa förståelse för sin egen ohälsa och situation. På många sjukhus finns det gruppverksamhet för beteendeförändringar, rökavvänjning och träningsgrupper. Där så inte är fallet är det sjuksköterskans ansvar att informera om andra tänkbara möjligheter. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund lokalföreningar har på många ställen verksamhet för fysisk träning och gruppverksamhet där även anhöriga inkluderas (Billing & Welin, 1998).

Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnadsarbetet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall patienten ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de olika metoder som undersökningar kan göras på, samt vilken vård och behandlingar som finns. Om inte informationen kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till närstående. Det är de omvårdnadshandlingar som patienten behöver som ligger till grund för vilket undervisningsområde sjuksköterskan väljer att fokusera på i undervisningen av patienten och dess anhöriga (Bergh, 2003). Friberg (2002) menar att Hendersons definition av omvårdnad kan beskrivas som att sjuksköterskans arbetsuppgift består i att hjälpa en individ sjuk eller frisk att utföra åtgärder som leder till hälsa, tillfrisknande eller en fridfull död. Åtgärder som individen själv skulle ha utfört om han eller hon haft tillräckligt med kraft, vilja eller kunskap. Arbetsuppgiften skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende.

Sjuksköterskan har som yrkesmässigt uppdrag att hjälpa patienten att återvinna sitt oberoende i de fall detta rubbas. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete handlar i sådana sammanhang om att ge information och rådgivning till patienter och deras anhöriga om de åtgärder som föreslås eller planeras för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa och försämrat hälsotillstånd (SOSFS 1993:17). Sjuksköterskor har idag olika vidareutbildningar, som till exempel hjärtkärlsjuksköterskor som undervisar och informerar om hjärt- kärlsjukdomar och behandlingar, livsstilsförändringar med mera. Det kan även vara diabetessköterskor som undervisar och informerar om diabetes och dess behandlingar. Varje vidareutbildning har sin sjuksköterskespecialité (Friberg, 2002). Bergh (2002) skriver att kraven på sjuksköterskans pedagogiska kompetens ökar till följd av att olika patienter och deras anhöriga behöver både

allmänna och specifika kunskaper utifrån de omständigheter som råder för varje enskild individ.

Undervisning och information

Friberg (2002) menar att sjuksköterskan har en undervisande form där information, rådgivning och vägledning ingår. Det säger också Gedda (2001) som menar att pedagogiska insatser som information, undervisning och rådgivning är kopplade till sjuksköterskans yrkesfunktion. I Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska (SOSFS 1995:15) framgår det att det är mycket viktigt att sjuksköterskan är kunnig på det yrkesområde som är aktuellt i syfte att kunna ge god omvårdnad, undervisning och råd.

Enligt Gedda (2003) används begreppen undervisning, information och rådgivning ofta som ett synonymt begrepp, men det finns en viss skillnad på dess innebörd. Vid en undervisningssituation finns det ett avsiktligt mål att försöka att åstadkomma en förändring hos en annan individ. Hur undervisningen och lärandet går till beror på den undervisandes människosyn, etiska förhållningssätt, kunskapssyn och samhällssyn. Det är en planerad aktivitet med ett planerat innehåll. Enligt Sandström (2000) kan oftast patientundervisning och patientinformation ses som ett synonymt begrepp med syfte att förmedla kunskap. Det är viktigt att den undervisande sjuksköterskan tänker på att den kunskap som förmedlas filtreras genom den undervisandes förhållande till sin sjukdom och tidigare situationer. Tidigare erfarenheter och normer styr patientens fortsatta handlande och hur mycket av undervisningen som är möjlig för denne att ta till sig. Vidare menar Sandström att patientundervisningen är en process där sjuksköterska och patient påverkar varandra och patienten måste kunna lita på sjuksköterskan för att vara aktivt deltagande i sin undervisning.

Pilhammar Andersson (1997) skriver också om undervisning i termer av en process. Processhandledning är en undervisningsform som syftar till personlig utveckling. Sjuksköterskan utgår då från patientens erfarenhet från liknande situationer och diskuterar känslomässiga upplevelser i mindre grupper. Patienten erbjuds möjligheter att reflektera över upplevelser och erfarenheter från sin sjukdom och utifrån detta kan han eller hon då söka klarhet i det egna kunskapsbehovet. Information kan beskrivas som en färdigskriven text. Ett exempel kan vara ett informationsblad som beskriver människor inom hjärt- kärlsjukdom.

Information som kunskapsförmedling brukar vara av ett budskap från en aktiv person till en annan som förväntas att ta emot information passivt blir en envägs kommunikation. För att man skall kunna omvandla informationen till kunskap krävs att man har en viss erfarenhet och kunskap för att kunna tolka informationen (Gedda, 2003). Pilhammar Andersson (1997) skriver att man kan lära genom modellinläring vilket innebär att patienten lär genom att han eller hon observerar vad sjuksköterskan gör parallellt med en identifikationsprocess. Identifikation är en kontinuerlig process där nya intryck tas in och existerande handlingsmönster modifieras. Enligt Friberg (2002) har sjuksköterskan en hälsoupplysande funktion, undervisning av patienter har varit en sjuksköterskeuppgift under en lång tid.

Det åligger även sjuksköterskan att informera och undervisa anhöriga. Målet med detta är att förbereda, underlätta och skapa trygghet både för patienten och anhöriga för att de skall klara av framtiden på bästa sätt (Bergh, 2003). Bergh (2002) beskriver ett ökat behov av information och undervisning som är riktad till patienten eller deras anhöriga, detta till följd av förändringar i vårdstrukturen, som innebär kortare vårdtider och att patienter i större utsträckning än tidigare vårdas i hemmet. Rådgivning och vägledning är därför en mycket viktig åtgärd för att stödja patienten och dennes anhöriga för en fortsatt egen vård efter avslutad behandling (SOSFS 1993:17). Denna roll och funktion menar vi är tillämpningsbar för den yrkesverksamma sjuksköterskan oavsett yrkesområde och vårdsammanhang, varför vi finner det angeläget att söka efter hur en sådan kan beskrivas också i ett specifikt sammanhang. Vi väljer därför att definiera ett specifikt sammanhang som ett klinikbundet sådant där vi vill undersöka hur sjuksköterskans roll/funktion kommer till uttryck mot patienter som inte är i en akut insjukningsfas utan i en rehabiliteringsfas. Detta med anledning av att vi antar att det är först efter den akuta och ofta dramatiska insjukningsfasen, som patient och anhöriga kan vara mottagliga för pedagogiska insatser av sådana slag. Vi kommer att använda begreppen undervisning, information och rådgivning som ett synonymt begrepp.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka hur sjuksköterskans pedagogiska funktion kan beskrivas vid omvårdnad av patienter med hjärt- kärlsjukdomar i rehabiliteringsfasen.

Frågeställningar

- Hur undervisar sjuksköterskan patienten och vilka metoder används?

- Vad undervisar sjuksköterskan om?
- Hur anpassas informationen/undervisningen efter patientens behov?

Frågornas syfte

Ovanstående frågor syftar till att beskriva sjuksköterskans pedagogiska funktion. Frågorna har ett didaktiskt perspektiv. Med vår första fråga avser vi undersöka på vilket sätt sjuksköterskan informerar patienten, om och hur informationsblad används, om sjuksköterskan nyttjar videoförevisningar vid undervisningen. Vi undrar också över om anhöriga får någon relevant information. Med den andra frågan vill vi ta reda på vad sjuksköterskan informerar om, handlar det om medicinska frågor eller är det frågor om livsstilsförändringar. I den sista frågan vill vi ta reda på om sjuksköterskan frågar patienterna vad de vill veta om sin sjukdom och om de undervisar om det som patienten söker svar kring.

METOD

En litteraturstudie är enligt Patel och Davidsson (2003) en möjlighet att få tillgång till de resultat som tidigare undersökningar och forskning visat. Vi har använt oss utav en litteraturstudie. Polit och Hungler (1999) menar att det är viktigt att genom litteraturstudier belysa ett forskningsområde genom att man studerar det som redan finns dokumenterat inom området. På detta sätt kan tidigare forskning komma till nytta och överskådlighet uppnås samt intresse över ämnesområdet väckas. Vi har genom en litteraturstudie kunnat få en fördjupad beskrivning av sjuksköterskans pedagogiska roll utan att själva göra en empirisk studie. Detta är ytterligare en aspekt av fördelarna med en litteraturstudie.

Sökmetod

Litteratursökningen har inriktats på att hitta relevant litteratur om sjuksköterskans pedagogiska roll vid vård av patienter med hjärt- kärlsjukdom. Enligt Backman (1998) finns det tre olika huvudsakliga sökmetoder, konsultation, manuell sökning och datorbaserad sökning. I denna studie har manuell sökning och datorbaserad sökning använts. Sökning efter litteratur har gjorts på Högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek i Vänersborg samt biblioteket i Tanumshede. Sökningen i Vänersborg och i Tanumshede har genomförts via högskolan Trollhättan/Uddevallas interna databas Sofia samt en manuell sökning efter enskilda författare från referenslistor ur relevant litteratur. Sökning via databaserna Pubmed, Cinahl och Science direct har givit litteratur som varit relevant för att uppfylla syftet att

studera sjuksköterskans pedagogiska roll vid vård av patienter med hjärt- kärlsjukdom. Sökning via högskolan Trollhättan/Uddevallas biblioteks E-tidskrifter har också givit passande artiklar. Sökorden som har använts var för sig eller i kombination har varit cardiovascular disease, information, patient education, nursing, coronary heart disease, rehabilitation, patient, heart infarction, prevention och nurse roll. Tabell över sökningar och träffar skrives som bilaga 1.

Urval och avgränsningar

Urvalet gjordes efter genomgång av de artiklar som sökningen gett. Artiklarna skulle ha ett samband med studiens syfte att visa ur ett sjuksköterskeperspektiv på hur och vad för information som ges till patienter vid hjärt- kärlsjukdomar och om denna information täckte patientens behov. Artiklarna skulle finnas tillgängliga via biblioteket och artiklar som var äldre än 1997 valdes bort med motiveringen att sjuksköterskans pedagogiska roll och funktion är ett förhållandevis nytt forskningsområde. Artiklarna granskades utifrån studiens syfte och de artiklar som inte svarade mot syftet gallrades bort, dessa var tio stycken. Två av dessa var inte vetenskapliga, övriga åtta valdes bort på grund av att de inte gav svar på frågeställningarna. Kvar blev totalt tjugofem artiklar som inkluderades i studien. Vi har även använt oss av två avhandlingar.

Bearbetning och analys

I första steget delades artiklarna slumpvis upp mellan författarna som läste och bearbetade texten enskilt. Texten markerades med olika färg utifrån vilken fråga i frågeställningen som besvarades. I gruppdiskussioner reflekterade vi över våra enskilda noteringar och uppfattningar och resultaten jämfördes och bearbetades. Samtliga författare har läst det material som använts. I steg två delades frågeställningarna upp och varje författare fick huvudansvaret för var sin fråga som bearbetats enskilt och i grupp. Avseende fråga två var materialet otillräckligt varför en ny litteratursökning genomfördes, och det genom att använda rehabilitation i kombination med de tidigare sökorden. Studien är i huvudsak grundad på empiriska studier med undantag för Scott och Thompson (2002) som är en litteraturstudie. Huvuddelen av artiklarna har belyst sjuksköterskans omvårdnadsarbete med fokus på information och undervisning.

Tabellöversikt över bearbetade artiklar och avhandlingar

Antal	Fokus	Syfte med studien	Resultatet visat på
5 st.	Sjuksköterskor på medicinsk vårdavdelning	- Metodstudie - När, vad, hur - Undervisning/information	- Kunskapsinventering - Behovsinventering
8 st.	Patient på medicinsk vårdavdelning	- Utvärdering av information/undervisning	- Större kvantitet information/undervisning efterfrågas - Varierande metoder värderas betydelsefulla
3 st.	Närstående och Patient	- Utvärderingsstudie - Upplevelser av sjukdom	- Större kvantitet information/undervisning efterfrågas - Viss livsstilsförändring
8 st.	Patient och sjuksköterska	- Utvärdering av information/utbildning	- God överensstämmelse mellan behov och informationsåtgärder
3 st.	Metodstudie - Pedagogiska hjälpmedel - Pedagogiska strategier	- Utvärdering av sjuksköterskans pedagogiska roll och funktion	- Varierad metodik - Riktad information - Behovsanpassad information
Antal totalt: 26 st.			

RESULTAT

Resultatet består av tre delar vilka knyter an till våra frågeställningar. Under första delen redovisas hur sjuksköterskan går tillväga i sin undervisning. Rubriken pedagogiska hjälpmedel beskriver sjuksköterskans metodiska genomförande och slutligen redovisas hur sjuksköterskan aktivt kan undervisa patienterna. Under den andra delen vill vi belysa vad sjuksköterskan undervisar om. Det handlar om vad sjuksköterskan ger för medicinsk information och hur informationen kan påverka patienten att göra livsstilsförändringar. Under den sista delen redovisas om sjuksköterskan anpassar informationen genom att fråga patienten vad de vet om sin sjukdom och vad de vill ha för information. Resultatet visar inte på några skillnader i undervisningsbehovet vad gäller de olika diagnoserna.

Hur sjuksköterskan undervisar patienten

Här redovisas huraspekten av sjuksköterskans undervisnings funktion. Detta handlar om pedagogiska hjälpmedel i form av skriftliga och muntliga strategier och hur sjuksköterskan använder sig av audio-visuella hjälpmedel som video och dator.

Pedagogiska hjälpmedel

Skriftligt och muntligt informationsmaterial

Flera studier visade att patienter med hjärt- kärlproblematik fick information och undervisning om sin situation både muntligt och skriftligt (Johansson m.fl., 2002; Laitinen, Olsson & Karlberg, 1999; Strömberg, Mårtensson, Fridlund & Dahlström, 2000; Timmins & Kaliszer, 2002; Wiles & Kinmonth, 2000;).

Buetow och Coster (2000) fann i sin studie att sjuksköterskor använde sig av skriftligt informationsmaterial som uppmanade patienten att ta tillfället att lära sig mer om sin hjärtsjukdom oavsett tidigare rådgivning. Wiles och Kinmonth (2000) menade att en sådan metod engagerade patienten på ett positivt sätt. Studien visade också att muntlig och skriftlig information kunde uppmuntra patienterna till en bättre förståelse för sin hjärtinfarkt.

I ett försök till att förbättra patientutbildningen visade en studie av Webber, Higgins och Baker (2001) på fördelarna med skriftligt informationsmaterial samt individuellt anpassad information. Man hade i materialet som informerade både om sjukdomen och om livsstilsförändringar, utformade frågor efter varje stycke i häftet. Patienten kunde själv kontrollera sin nya kunskap. Efter tre veckor sågs tydliga skillnader på kunskap mellan de patienter som fått häftet med frågorna och patienterna som informerats på vanligt sätt utan frågor. Man utvecklade undersökningen med en tredje grupp patienter som även fick individuell undervisning förutom häftet med information och frågor. Här kunde patienten ställa frågor om texten och reda ut missförstånd. Resultatet visade att denna grupp hade den bästa och djupaste kunskapen om sin sjukdom och om livsstilsförändringar.

Video- och dataundervisning

Strömberg, Ahlen, Fridlund och Dahlström (2001) visade i sin undersökning att en del sjuksköterskor och sjukhus även använde sig av grupp-, video- och dataundervisning som komplement till den muntliga och skriftliga undervisningen. Strömberg (2001) studie visade att det fanns flera olika sätt att undervisa patienten på. Det vanligaste var muntlig och skriftlig undervisning. Det förekom även data och video-undervisning i grupp- respektive familjeundervisning (Webber, Higgins & Baker, 2001). Johansson m.fl. (2002) visade på att man kunde undervisa genom att praktiskt demonstrera för patienterna.

I en studie av Strömberg m.fl.(2001) visade det sig ett värde av att använda databaserade program för patienter med hjärtsvikt på en vårdavdelning. Det kunde användas som ett komplement till den muntliga och skriftliga utbildningen men ersatte inte mötet mellan patient och sjuksköterska. Undersökningen visade att programmet var användarvänligt samt om programmet gav tillräcklig information om hjärtsvikt. Databaserad undervisning var ett relativt nytt verktyg i undervisningen och visade sig vara omtyckt och effektivt. Patienterna tyckte det var ett bra och flexibelt sätt att lära sig på. Hög ålder, ingen eller dålig datavana var inget hinder. Programmet och utrustningen var enkla att klara av samt gav en innehållsrik kunskap om hjärtsjukdomen. Det var också personalbesparande eftersom patienterna själva kunde söka efter information (Strömberg m.fl., 2001; Björck Linné, Liedholm och Israelsson, 1999). Programmet visade att det gick att anpassa efter den enskilda individens behov av information och undervisning, det som inte var begripligt för patienten gick att upprepa efter behov. Patienterna i studien tyckte att det var ett bättre sätt att få ny kunskap än böcker eller video (Strömberg m.fl., 2001).

Sjuksköterskorna rapporterade att patienterna hade en positiv attityd till att använda en dator och det visade sig att de förstod informationen. Patienten kunde lättare diskutera sina sjukdomar efter att ha använt datorprogrammet. Fördelarna med dataundervisning var enligt Strömberg m.fl. (2001) att det var ett interaktivt lärande vilket gav en bra inläring. En annan fördel var att det gick att använda från många olika platser som hemifrån, på sjukhus, inom primärvården eller från apotek. Även make/maka eller andra anhöriga kunde använda programmet för att få kunskap om sin anhöriges nya livssituation (Björck Linné m.fl., 1999; Strömberg, 2001; Strömberg m.fl., 2001).

Strömberg (2001) menade att man kunde använda Internet för att läsa mera om sin sjukdom. Hon pekade dock på att en kompletterande förklaring ofta krävdes av en sjuksköterska. Enligt Björck Linné m.fl. (1999) var undervisningen bra om man kombinerade muntlig information, broschyrer, informationsblad och CD-program med foto om sjukdomen, så informationen blev lättbegriplig. Johansson m.fl.(2002) pekade på att dataundervisning och videoprogram ännu inte var vanligt vid patientundervisning.

Hur sjuksköterskan gav information till patienten

Brannon och Carson (2003) visade i sin studie att sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande använde strukturerad eller ostrukturerad information. Med strukturerad information menades att den var upplagd och planerad. Med ostrukturerad information menades att den inte var planerat och kunde ske när som helst. Det visade sig att sjuksköterskorna kunde ge både ostrukturerad och strukturerad information. Sjuksköterskestuderande observerade hur sjuksköterskorna gav information och sedan gjorde de likadant. Sjuksköterskorna kunde ge information i alla situationer, medan sjuksköterskestuderande hade svårare att ge det vid akuta lägen.

Strömberg (2001) fann att sjuksköterskan borde avvakta med att informera patienten till efter den mest akuta fasen. Detta med anledning av att patienten inte var mottaglig för någon större information. Undervisningen skulle enligt Strömberg, helst upprepas med jämna mellanrum under vårdtiden. Ett bra sätt att följa upp patienten efter utskrivningen kunde vara att ha telefonkontakt med dem efter hemkomst.

Det var viktigt att det gavs information systematiskt och strukturerat och att man följde upp patienten. Informationen borde ges till patienten så att det minskade osäkerheten och att hjälpte dem att få kunskap om sin sjukdom. Information, råd och stöd var viktigt och sjuksköterskorna borde inte ha gjort klart ett behandlingsprogram för patienterna när de kom till en vårdavdelning, utan patienterna borde ha blivit erbjudna individuellt anpassad behandling (Scholte op Reimer m.fl., 2002).

Scholte op Reimer m.fl. (2002) belyste vikten av att sjuksköterskan gav patienterna aktivt stöd när de skulle förändra livsstilen. Det behövdes intensiv rådgivning av en sjuksköterska, detta hade visat sig vara mera betydelsefullt än att patienterna fick ett brev med skriftlig information. Johansson m.fl. (2002) belyste vikten av strukturerad information och hur den utformades. Vilken tidpunkt som var mest lämplig och var den gavs. Strömberg m.fl.(2000) menade att en god undervisning var nödvändig för att öka patientens delaktighet i den egna vården och skapade en djupare förståelse för sjukdomen och hur patienten skulle kunna klara av att hantera sin sjukdom. För patienten var det viktigt att undervisningen var riktad mot ett vardagsperspektiv eftersom de tillgodogjorde sig kunskap utifrån sitt behov i det dagliga livet. Det var även viktigt med kontinuitet i informationen. I Timmins och Kalitszer (2002) studie

tyckte patienterna att all information var viktigt. Vidare ansåg de att information för patienter som haft en hjärtinfarkt var viktig att upprepa med jämna mellanrum under rehabiliteringstiden.

Strömberg (2001) fann att sjuksköterskan borde ha en djup förståelse av patientens sjukdom, deras symptom och dess behandling, såväl det psykosociala aspektet med att vara kroniskt sjuk och hur det var att behandla sig själv. Timmins och Kalitszer (2002) pekade på att patientinformationen behövde förändras med tiden. Patienterna intresserade sig för olika saker ju längre tid efter hjärtinfarkten som gick. Wiles och Kinmonth(2000) belyste vikten att det var en sjuksköterska som informerade, det berodde på att patienten hade ett förtroende för sjuksköterskan.

Enligt Johansson m.fl. (2002) kunde sjuksköterskorna demonstrera omvårdnaden vid behandlingar. Det var viktigt att man uppmanar patienterna att upprepa instruktionerna muntligt eller skriftligt efteråt för att förvissa sig om att de förstått informationen. Man motverkade problemet, att de tyckte det var oartigt att fråga.

Det framgick i Strömbergs (2001) studie att Sverige var först med att starta en sjuksköterskeledd hjärtsviktsklinik för att ge patienterna undervisning och följa upp dem efter de kom hem från sjukhuset, därefter har sådana kliniker etablerats på flera ställen i Europa. MacDermott (2002) fann i sin studie att i Newcastle, England, finns det ett hjärtrehabiliteringscenter tillgängligt för kärlkrampspatienter för att ge råd och stöd och se till att patienterna klarar av sina aktiviteter och känner sig trygga att leva med sin sjukdom. Det fanns olika program som syftade till att visa hur symptomen skulle kunna minskas. Detta har varit en stor hjälp för många patienter.

Buetow och Costers (2000) studie visade att det var en utmaning för sjuksköterskan att ha kunskap om hur informationen ges till patienten och hjälpa de att forma sina förväntningar och utveckla sig. Sjuksköterskan behövde försäkra sig om att patienterna förstod informationen. Buetow och Coster föreslog att patienterna skrev ner deras egna önskemål om information. Björck Linné m.fl. (1999) ansåg att två till tre timmar av systematisk undervisning fick patienterna att ta ställning om vad för livsstilsförändringar de ville göra. Scholte op Reimer m.fl. (2002) fann i sin studie att en orsak till att patienterna inte kom ihåg

informationen om riskfaktorer kunde vara att informationen gavs vid fel tillfälle och på fel sätt.

Vad sjuksköterskan undervisar om

Under denna del redovisas vadaspekter kring sjuksköterskans undervisande funktion. Innehållet i undervisningen består av medicinsk information samt frågor om livsstilsförändringar.

Medicinsk information

I Normington och Goodwins (2000) studie fann man att sjuksköterskan gav information om hjärtats anatomi och fysiologi och de riskfaktorer som kan ha lett till insjuknandet i hjärtsjukdomen. I Bergman och Berterös (2001) studie visade det sig att en utförlig information om patientens läkemedel gav en bättre följsamhet i användandet. Scott och Tohmson (2001) menade att sjuksköterskor i studien ansåg information om mediciner som viktigast, följt av information om fysisk aktivitet och riskfaktorer. Psykologiska faktorer och hjärtats anatomi var lägre prioriterat vid information och utbildning till patienterna med hjärt-kärlsjukdom.

Gonzalez m.fl. (2003) studerade patientens inställning till livsstilsförändringar samt hur mycket de visste om sin sjukdom och behandling. Studien pekade på mycket bristande kunskap om hjärt- kärlsjukdom och livsstilsförändringar hos både unga och gamla patienter. Det framkom att en ökad kunskap om hjärtat, hjärt- kärlsjukdomar och behandling kunde hjälpa patienterna att förmå sig till att utföra bättre egenvård och bli mera motiverade inför livsstilsförändringar. Det visade sig att endast kunskap om hjärtat inte kunde trygga för en bättre egenvård.

Steptoe, Doherty, Kendrick, Rink och Hilton (1998) studie undersökte om vad sjuksköterskor tyckte är viktigt att informera om. Sjuksköterskorna ansåg att de viktigaste områdena att informera om var högt blodtryck och högt kolesterolvärde i blodet. Andra områden som nämndes var rädsla för bukfetma, för lite fysisk aktivitet och risken med rökning.

Riskfaktorer och livsstilsförändringar

Enligt Undertaking Nursing interventions throughout europe study group (2002) spelade sjuksköterskan en nyckelroll i utbildning och prevention i hjärt- kärlsjukvård. Sjuksköterskan bedömdes som expert på att få patienterna att bli motiverade till livsstilsförändringar och minskar på så sätt risken för ett återinsjuknande. Det framkom i artikeln att sjuksköterskan informerade och utbildade om, blodtryck och de medicinska sambanden, glukoshalten i blodet och betydelsen av detta, BMI (body mass index) och betydelsen av att inte utveckla övervikt eller bukfetma. Vidare informerade sjuksköterskan i undersökningen om alkoholkonsumtion och vikten av gynnsamma kolesterolvärden, samt vilken betydelse ett rökstopp fick för att inte förvärra sin hjärt- kärlsjukdom.

Studien av Scholte op Reimer m.fl. (2002) fann att sjuksköterskan informerade om riskfaktorer och livsstilsförändringar. I studien framkom att sjuksköterskan ofta informerade om blodtrycks och blodfettssänkande mediciner, blodförtunnande mediciner och information om symptom och risker för ett återinsjuknande. Författaren menade att det skulle vara önskvärt med en specialistutbildning för arbete inom sekundärprevention för sjuksköterskor riktat till hjärt- kärlpatienter. Jcong, Chac, Moon och Yoo (2002) fann att patienterna fick information om ökning av fysisk aktivitet och hur de skulle röra sig för att inte överbelasta hjärtat. Patienterna fick till ett exempel lära sig att själva räkna och ta pulsen i samband med fysisk aktivitet. Det visade sig att individuell information bidrog till att fler slutade röka, att kolesterolhalten i blodet förbättrades och till ökad fysisk aktivitet.

Wiles och Kinmonth (2000) visade att sjuksköterskan borde lägga vikten på livsstilsförändringar i termerna av diet, träning, och rökstopp vilket leder till minskad risk för ytterligare hjärtinfarkter. Undervisningen borde upprepas efter några månader då det kunde tolkas som att det var kortsiktiga råd som sjuksköterskan gett och inte varaktiga råd om livsstilsförändringar.

Turton (1997) menade att både patienten och dennes anhöriga helst ville ha information om riskfaktorer. Vidare ansåg han att det var viktigt som sjuksköterska att se, att det fanns ett stort värde att det gavs information till både patient och anhöriga. Wyer, Joseph och Earll (2001) beskrev vikten av att involvera familjemedlemmarna i hjärtrehabiliteringen. Den ökande kunskap som familjen och patienten tillsammans fick från informationen i

hjärtrehabiliteringen ledde till ökad kunskap och motivation till livsstilsförändringar. Roebuck, Furze och Thompson (2001) belyste den ansträngda familjesituationen efter utskrivningen. Anhöriga upplevdes som överdrivet omtänksamma och överbeskyddande vilket gjorde att patienten inte kunde eller tilläts utöva de livsstilsförändringar som de fick information om.

Bergman och Berterö (2001) visade att de patienter som hade fått en utbildning och förstått informationen om sin kranskärslsjukdom följde anvisningarna om livsstilsförändringarna i en större utsträckning. Vidare tyckte patienterna att det var bra när sjuksköterskan kunde identifiera de negativa livsstilsfaktorerna hos dem. Riklig information och närhet till sjukhus var viktigt för dem

Hur informationen anpassas efter patientens behov

Under denna rubrik redovisas huraspekten av sjuksköterskans informationsarbete. Det handlar om överensstämmandet mellan sjuksköterskan och patient samt faktorer som kan påverka patientens behov av information.

Sjuksköterskans information och patientens informationsbehov

Studier av Scott och Thompson (2002) , Timmins och Kaliszer (2002) och Turton (1997) visade på skillnader i sjuksköterskans och patienternas syn på vad för undervisning och information som var viktig och vad som borde ha prioriterats. Informationen som gavs var inte grundad på patientens informationsbehov utan på vad sjuksköterskan ansåg var viktigast för patienten. Scott och Thompson (2002) menade att sjuksköterskan genom ett samtal med patienten borde ta reda på vilka behov av information patienten hade för tillfället. Även make eller maka borde delta vid informationen. Men få undervisningssituationer var enligt studien uppbyggd på detta sätt. Genom att patienten inte fick vara med och planera sin undervisning missades viktiga bitar för att täcka patientens undervisningsbehov. Även Turton (1997) menade att det fanns brister i hur undervisningen planerades genom att alla sjuksköterskor hade egna tankar om vilken information som de ansåg var viktigast och undervisningen till patienterna blev baserade på det, inte på patientens faktiska informationsbehov. Detta gjorde det svårt att möta patienten och anhörigas informationsbehov. Individanpassad undervisning skulle vara mer effektiv och patienten skulle få den kunskap som han eller hon behövde.

I en studie om patienter med hjärtsvikt fann Strömberg m.fl. (2000) att patienten i många fall behövde mer information än vad sjuksköterskan trodde vilket ledde till att patienten kände sig oinformerad och missnöjd när sjukhusvistelsen är slut. Turtons (1997) studie pekade på vikten av en god information för att patienten skulle känna sig nöjd med sin vård.

Gonzales m.fl. (2003) studie om patienter med hjärtsvikt i Spanien visade att nyinkomna patienter fick frågor om hjärtsvikt och deras kunskap i egenvård. Detta visade sig vara ett mycket bra utgångsläge för utbildningen till patienten under hela vårdtiden på avdelningen. Enligt Jcong, Chac, Moon och Yoo (2002) fick patienterna i studien individuell information om åtgärder för att inte drabbas av en ny hjärtinfarkt.

Normington och Goodwin (2000) undersökte i sin studie effekten av en individuellt anpassad rehabiliteringsmodell. Man startade rehabiliteringen en dag efter patienten blev inlagd på avdelningen. Patienten fick ett formulär med frågor att fylla i och man fick då reda på patientens kunskap om sin sjukdom och kunde direkt starta rehabiliteringen utifrån det kunskapsbehov patienten hade. Vidare gjordes en aktivitetsplanering och en tidsplan för återhämtning. Vid tiden för utskrivning delades ett informationshäfte ut och patienten hade kontakt med hjärtrehabiliterings sjuksköterskan i två veckor efter utskrivningen. Resultatet som studien kom fram till visade att patienterna i denna grupp snabbare kom ut i arbetslivet och hade lättare att genomföra livsstilsförändringar. Att patienterna och deras anhöriga kände mindre oro och ångslan än den andra kontrollgruppen. Författaren kom fram till att en rehabiliteringsmodell där patienten själv är delaktig i utformningen var att föredra.

Turton (1997) studerade skillnader i vad patienten och sjuksköterskan ansåg som viktigast att lära sig efter en hjärtinfarkt. Åtta olika ämnesområden har graderats: anatomi, fysiologi, livsstilsfaktorer, läkemedel, kosten, aktivitet, symtom och övrigt. Resultatet visade på likheter mellan sjuksköterskor och patienter. Bägge grupperna rankade livsstilsfaktorer först och därefter att känna igen och behandla symtom. Sjuksköterskorna borde enligt Turton koncentrera sin information inom de områden som patienten var intresserade av.

Walden m.fl. (2000) gjorde en liknande studie där det undersöktes om det som sjuksköterskan informerade om stämde överens med vad patienterna ville ha reda på. Den visade på att det var viktigt att hjälpa patienter och deras familjer genom svåra tider genom att ta reda på deras behov av information och stöd. Det var viktigt att undersöka vad patienterna och deras

anhöriga ansåg var viktig information. Studien visade att både sjuksköterskor och patienter graderade livskvalitet, lättförståelig information samt förhållningssättet vid akut försämring av tillståndet, som dom tre viktigaste delarna i undervisningen. Sjuksköterskorna ansåg att information om den sexuella aktiviteten var viktigt men det prioriterade inte patienterna.

Timmins och Kalischer (2002) studie visade på både skillnader och likheter mellan sjuksköterskans och patientens informationsprioritering. Likheter fanns i det som prioriterades högst: Vad man skulle göra vid bröstsmärtor? Vilka var symtomen på en hjärtinfarkt? När borde man kontakta sjukvården? Hur minimerade man risken för en ny hjärtinfarkt? Den stora skillnaden fanns i kategorin med fysiska aktiviteter, dessa prioriterades endast av sjuksköterskorna. Patienterna ville ha praktisk information om sin situation, orsak och prevention. Sjuksköterskan var mer fokuserad på medicinska aspekter, anatomi, fysiologi och sexuell aktivitet vilket inte patienten prioriterade.

Scott och Thompson (2001) pekade på att en relevant och förståelig information ansågs vara viktigast av patienterna efter en hjärtinfarkt. MacDermott (2002) menade att patienterna ville ha information och råd om sin sjukdom och hur de skulle klara av att leva med den, vilket patienterna i studien inte ansåg sig ha fått.

Frijling m.fl. (2001) ansåg att många sjuksköterskor tvivlade över att den information som de gav hade någon betydelse för patienternas beslut vid livsstilsförändringar. De hade en mera positiv tro när de skulle ge information och råd där patienten berättade vad de hade för problem.

Faktorer som kan påverka patientens informationsbehov

Individuella behoven av undervisning kunde variera stort mellan olika individer. Faktorer som påverkade informationsbehovet var patientens ålder, kön och vilken kulturell och socioekonomisk bakgrund patienten hade (Gonzalez m.fl., 2003; Laitinen m.fl., 1999). Enligt Gonzalez m.fl. (2003) skiljde sig kunskapsnivåerna mellan dessa grupper åt. Äldre personer hade en lägre kunskap om sin sjukdom jämfört med yngre och kvinnor hade större kunskaper än män, vilket innebar olika behov av information. Informationsbehovet ändrades också över tid. Efter en hjärtinfarkt var patienterna ofta i början intresserade av fysiologiska frågor men det behovet minskades efter hand (Timmins & Kalischer, 2002).

Brist på motivation hos patienten kunde leda till ingen eller otillräcklig information (Buetow & Coster, 2000; Wiles & Kinmonth, 2000). Enligt Buetow och Coster (2000) ledde patienternas uppfattning om att hjärtsvikt inte var en allvarlig sjukdom till att patienterna inte fick tillfredställande information. En kvinna i studien uppgav att hon inte hade fått någon information alls. Hon hade ingenting frågat utan litade på att sjuksköterskan visste vad hon gjorde och hade gett henne information om det fanns behov av det. Patienten hade rätt till att få sitt informationsbehov tillgodosett genom att sjuksköterskan kartlade behovet. Bristen på motivation kunde enligt Wiles och Kinmonth (2000) relateras till en konflikt mellan sjuksköterskans information och patientens egna erfarenheter angående livsstil och hjärtinfarkt. Studien visar på svårigheten med att övertyga omotiverade patienter till varaktiga livsstilsförändringar för att minska risken för en ny hjärtinfarkt. Patienterna visade på exempel där personer med fel livsstil blivit gamla och renlevnadsmänniskor dött unga, vilket ledde till dålig motivation till att göra livsstilsförändringar. Förståelsen och motivationen ändrades med tiden vilket var viktigt att tänka på som sjuksköterska så att informationen gavs vid rätt tillfälle. Motivationen kunde ibland ökas genom att det visades på vilken utsträckning livsstilsförändringar bidrog till minskad risk för en ny hjärtinfarkt (a.a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Fördelen med att göra en litteraturstudie om information till patienter med hjärt-kärlsjukdomar kan vara en möjligheten att söka aktuell litteratur inom området. Med denna metod har vi kunnat ta del av andra forskares resultat inom forskningsområdet. Detta gav en möjlighet att belysa problemområdet utifrån flera olika forskningsperspektiv. En fördel med att vara tre författare har varit att kunna reflektera över och jämföra de resultat som vi har fått fram vid våra individuella bearbetningar av artiklarna. Nyberg (2000) skriver att om man är flera författare är det lämpligt att man turvis läser igenom var sin del, funderar på kategorisering och därefter diskuterar man sig fram till gemensamma lösningar. Detta överensstämmer med vårt arbetssätt. Våra tolkningar av artiklarna har till största delen varit överensstämmande vilket vi tycker stärker vårt resultat.

Urvalet av vetenskapliga artiklar har underlättats av lättillgängligheten av databaser via Internet samt att i dessa databaser var det enkelt att göra relevanta sökningar. En svårighet i

sökning via databaser var att kombinera sökorden så att det blev en begränsning i antal träffar samtidigt som man inte fick vara för specifik i sökorden så att relevant material gick undersökningen förbi.

Svårigheten med en litteraturstudie har varit att en del artiklar med abstrakt som svarade på våra frågeställningar inte tillgängliga från biblioteket, varför detta begränsade litteratursökningen till viss del. Detta ser vi som en svaghet då vi kan ha gått miste om bra material. Genom att bara läsa titeln och abstraktet vid sökningar, kan vi ha gått miste av artiklar med ett innehåll som motsvarat våra frågeställningar men som borde haft sin plats i studien. Genom gruppens bearbetning tolkades resultatet i en vetenskaplig artikel i ett tredje led vilket också måste uppmärksammas för resultatets trovärdighet. Vi är medvetna om att detta kan ha påverkat validiteten i det uppnådda resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att undersöka hur sjuksköterskans pedagogiska funktion kan beskrivas vid omvårdnad av patienter med hjärt- kärlsjukdomar i rehabiliteringsfasen.

Hur sjuksköterskan undervisar patienten

Resultatet har visat på att det finns många olika sätt att informera och undervisa patienterna på, där muntlig och skriftlig information är vanligast förekommande (Strömberg, 2001). Därefter kan även kompletterande information ges via gruppundervisning, familjeundervisning, böcker, video och dataundervisning. Vår uppfattning efter att ha analyserat resultatet är att en kombination av muntlig och skriftlig information ger den djupaste och bästa kunskapen. Det är viktigt att avsätta tillräckligt med tid för denna uppgift och välja rätt miljö och situation. Vi anser att det är en fördel att sjuksköterskan kan läsa av patienten i samband med den muntliga informationen och att patienten kan ställa frågor till sjuksköterskan. Den skriftliga informationen kan patienten använda som ett komplement att läsa när behovet finns och sjuksköterskan inte är närvarande.

Det framkom i resultatet att databaserad undervisning är ett relativt nytt verktyg. Johansson m.fl. (2002) skriver att dataundervisning ännu är under utveckling och inte är så vanligt förekommande vid patientundervisningen. Vi anser att resultatet pekar på att dataundervisning är ett bra redskap i patientundervisningen. Detta styrks av Strömberg m.fl.(2001) som menar

att det är ett bra komplement i patientundervisningen. Vi anser att det är viktigt att lyfta fram att datautbildning av patienterna inte kan ersätta mötet mellan sjuksköterska och patient utan endast skall ses som ett komplement till den mänskliga kontakten. Vidare anser vi att man skulle kunna vidareutveckla dataprogrammen även till andra sjukdomar än hjärtsvikt.

När sjuksköterskan informerar är det viktigt att hon gör det på ett aktivt sätt och att hon ger en bra undervisning så att patienten känner sig delaktig i den egna vården. Det har visat sig att det är viktigt att vänta med informationen och utbildningen tills den akuta fasen är över, det beror på att patienten inte är mottaglig för någon information i detta stadiet. Detta menar vi påvisar på ett problem med korta vårdtider och att hinna med att informera patienten och anhöriga innan utskrivning. Detta betyder att risken kan öka för att patienter och anhöriga skrivs ut med otillfredsställande information. Strömberg (2001) skriver att det kan vara lämpligt med telefonkontakt med patienten och anhöriga efter hemkomst. Detta menar vi kan spela en större roll när vårdtiderna förkortas. Patienter och dess anhöriga kan då ställa kompletterande frågor som inte diskuterats vid tidigare informations tillfällen.

De korta vårdtiderna innebär att informationen inte hinner upprepas vid flera tillfällen under vårdtiden. Vi har i vår studie funnit att återkommande information behövs för att patienten skall kunna ta till sig informationen. Vi tycker att det är av stor vikt att patienten får chans till återkommande samtal med sjuksköterskan genom återbesök eller genom telefonkontakt.

Vad sjuksköterskan undervisar om

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskan har en informativ funktion inom de medicinska delarna såsom hjärtats anatomi och fysiologi och läkemedel. Detta styrks av Normington och Goodwin (2000) som anser att sjuksköterskan ger information inom dessa områden. Vår uppfattning är att sjuksköterskan ofta ger en kompletterande information efter läkaren informerat patienten inom det medicinska området. Vi anser att sjuksköterskan bör närvara när läkaren informerar patienten. För att vid behov kunna bistå patienten med kompletterande information. Resultatet påvisar att en god medicinsk kunskap hos patienten ligger till grund för att kunna tillgodogöra sig information om riskfaktorer och livsstilsförändringar, detta stöds av Berman och Berterö (2001).

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskan har en viktig roll i informationen till livsstilsförändringar. Resultatet beskriver att sjuksköterskan har en nyckelroll i prevention inom hjärtsjukvård. Steptoe m.fl. (1998) benämner sjuksköterskan som ansvarig för detta område. Vår åsikt är att det är oftast sjuksköterskan som är ansvarig för denna delen.

Hur informationen anpassas efter patientens behov

Vi anser att informationen bör individanpassas genom att först ta reda på patienten och anhörigas behov av information. Detta för att kunna tillgodose patientens behov och bidra till en effektiv undervisning. Det styrks av Turton (1997) som menar att skillnader mellan sjuksköterskans undervisning och patientens behov leder till ett ineffektivt lärande och att patienten känner missnöje med sin vård. Det styrks även av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som avser att patienten skall ges en individuellt anpassad information.

Det har framkommit i resultatet att informationen bör utformas utifrån patienternas egna önskemål. Detta styrks av Turton som anser att man bör koncentrera sin information inom de områden som patienten själv är intresserad av. Ett problem med detta anser vi kan vara om man endast följer patientens önskemål kan vara att viktig information kan falla bort. En fördel med den individanpassade informationen anser vi kan vara att om man följer patientens önskemål kan han eller hon motiveras att även vilja ta del av andra informationsområden som tidigare varit ointressanta. Resultatet påvisar att informationsbehovet förändras under sjukdomsförloppet Laitinen m.fl.(1999). Detta menar vi kan vara användbart för patienter som till en början är omotiverade att ta till sig informationen.

Av resultatet i denna undersökning framkommer det vissa skillnader i sjuksköterskan och patientens informationsprioritering. Men till stor del har de prioriterat samma information som viktigast. Turton (1997) skriver att livsstilsfaktorer och att känna igen symtom var det viktigaste. Timmins och Kaliszer (2002) skriver att sjuksköterskan är mer fokuserad på medicinska aspekter. Vår åsikt är att det är viktigt att individanpassa informationen men vi anser även att man bör informera om alla delar, och att senare förvissa sig om vad patienten uppfattat. Vår uppfattning är att man bör göra som Scott och Thompson (2002) skriver, att genom ett samtal med patienten ta reda på vilka behov av information patienten har för tillfället. Detta för att ta reda på vilken undervisning som är lämpad för patienten.

Vi anser att resultatet visar på att sjuksköterskan till stor del uppfyller sitt hälsoansvar som benämns i SOSFS (1993:17) där omvårdnadens syfte beskrivs som att stärka hälsa och förebygga sjukdom genom att identifiera riskfaktorer och att genom information och rådgivning befrämja hälsa. Resultatet har visat på att sjuksköterskan identifierat riskfaktorer och genom information och undervisning försökt få patienten till att göra livsstilsförändringar för att förhindra sjukdomens förlopp och bidra till bättre hälsa. Information ingår i sjuksköterskans pedagogiska funktion och enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall patienten få en individuellt anpassad information vilket vi anser att patienterna i studien inte alltid fått genom att patienternas och sjuksköterskornas åsikt om vad som är viktigt att veta om sin situation inte alltid stämmer överens, detta styrks bland annat av (Scott & Thompson, 2002). Detta anser vi kan bidra till att sjuksköterskans hälsoansvar och pedagogiska funktion inte till fullo uppfylls då det via en inte individuellt anpassad information gör att sjuksköterskans information inte leder till någon förbättring av patientens hälsotillstånd, vilket var syftet med informationen.

SAMMANFATTNING

Studien har syftat på att undersöka hur sjuksköterskans pedagogiska funktion kommer till användning i omvårdnadsarbetet riktad till patienter med hjärt-kärlsjukdomar. För det första undervisar sjuksköterskan med pedagogiska hjälpmedel i form av skriftlig och muntlig samt med audiovisuella hjälpmedel så som video och data. För det andra visar det sig att den medicinska informationen är framträdande i ett pedagogiskt sammanhang och att sjuksköterskan har som uppgift att få patienten att göra livsstilsförändringar. För det tredje visar resultatet att information bör anpassas efter patientens behov, men att det sker efter en kunskapsinventering, där sjuksköterskan frågar patienten hur mycket de vet om sin sjukdom. Detta menar vi kan handla om en strategi hos sjuksköterskan att försöka få patienten att bli medveten om sin sjukdom. Vår uppfattning är också att betydelsen av information och utbildningsstrategier är viktig då dessa förhoppningsvis kan främja patienten till fortsatta rehabilitering och tillfrisknande. Vi tror därför att ju mer frekvent utbildningen och informationsåtgångarna sker, till exempel i form av återkommande samtal och telefonkontakt med mera, desto större delaktighet från patienternas sida. Det är därför viktigt att sjuksköterskor med ansvar inom hjärt-kärlsjukvården, förutom sina medicinska kunskaper, också omsätter sin pedagogiska kompetens.

REFERENSER:

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bergh, M. (2002), *Medvetenhet om bemötande en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning* (Akad avh.). Göteborgs Universitet: Institutionen för Vårdpedagogik.

Bergh, M. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. I E. Pilhammar Andersson (Red.) *Pedagogik inom vård och omsorg* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bergman, E., & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing*, 36,733-741.

Billing, E., & Wellin, C. (1998). Vård och omvårdnad av patient med kärlekskramp. I B, Fridlund. (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (s.11-26). Lund: Studentlitteratur.

Björck Linné, A., Liedholm, H.,& Israelsson, B. (1999). Effects of systematic education on heart failure patients' knowledge after 6 months. A randomised, controlled trial. *European Journal of Heart Failure*. 1, 219-227.

Brannon, L., & Carson, K. (2003). Nursing expertise and information structure influence medical decision making. *Applied Nursing Research*. 16, 287-290.

Buetow, S.A., & Coster, G.D. (2000). Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Education and Counseling*. 45,181-185.

Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2002). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning* (Akad avh.). Göteborgs Universitet: Institutionen för Vårdpedagogik.

Frijlin, B. D., Lobo, C. M., Hulscher, M. E. J. L., Van Drenth, B. B., Braspenning, J. C. C., Prins, Ad., Van der Wouden, J. C., & Grol, R. P. T. M. (2001). Provision of information and advice in cardiovascular care: clinical performance of general practitioners. *Patient Education and Counseling*. 48. 131-137.

Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten*. (Akad avh.). Göteborgs Universitet: Institutionen för Vårdpedagogik.

Gedda, B. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. I E. Pilhammar Andersson (Red.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (s.81-107). Lund: Studentlitteratur.

Gonzalez, B., Lupon, J., Parajon, T., Urrustia, A., Altimir, S., Coll, R., Prats, M., & Valle, V. (2003). Nurse evaluation of patients in new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 3. 61-69.

Grefberg, N. (2003). Hypertoni. I N. Grefberg. & L-G. Johansson (Red.), *Medicinboken* (s. 147-160). Stockholm: Liber AB.

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

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Elhtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L., & Salmela, M. (2002). Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*. 51, 239-245.

Laitinen, K., Olsson, M. & Karlberg, K-E. (1999). Informations processen i samband med kronisk hjärt svikt- en analys av fokusgrupps intervjuer. *Vård i Norden*; 19, 4-9

Larsson, O. (2003). Diabetes. I N. Grefberg. & L-G. Johansson (Red.), *Medicinboken* (s. 405-462). Stockholm: Liber AB.

- MacDermott, A.F.N. (2002). Living with angina pectoris—a phenomenological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 265-272.
- Nerbrand, C., & Persson, S. (2001). Ischemisk hjärtsjukdom. I *Läkemedelsboken* (s. 245-259). Stockholm: Apoteket AB.
- Normington, K., & Goodwin, S. (2000). A personalised approach to cardiac rehabilitation. *Professional Nurse*, 15, 432-436.
- Norrving, B., Olsson, T., & Terént, A. (2001). Cerebrovasculära sjukdomar. I *Läkemedelsboken* (s. 307-317). Stockholm: Apoteket AB.
- Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar - med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, S. (2003). *Kardiologi- hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (1997). *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. (Avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet).
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 787-794.
- Sandström, V. (2000). *Studies on risks, risk awareness, functional status, well-being, and need for information in patient with peripheral vascular disease*. Stockholm: Karolinska institutet.

Scholte op Reimar, J. M. W., Jansen, H. C., de Swart, A. M. E., Boersma, E, Simoons, L. M. & Deckers, W. J. (2002). Contribution of nursing to risk faktor management as percived by patients with established coronary heart disease. *European Journal of Cardiovasculare Nursing* 1, 87-94.

Scott, T. J.& Thompson, R. D. (2002). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patient: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 50, 167-177.

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

Socialstyrelsen.(22mars,2004). *Folkhälsorapport 2001* [www dokument]. <http://www.sos.se/fulltext/111/2001-111-2/hela.pdf>

Socialstyrelsen (22 mars, 2004). *Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård*.(Version2.0) [www dokument]. <http://www.sos.se/fulltext/102/2001-102-1/2001-102-1.htm>

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnaden inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 1995:15. *Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stephoe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E. & Hilton, S (1998). Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Family Practice*, 2, 158-163.

Stokes, C. H. (1999). Education and training towards competency for cardiac rehabilitation nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 411-419.

Strömberg, A. (2001). *Caring för Patients with Chronic Heart failure with focus on Patient Education and Nurse-led Heart Failure Clinics*. (doktorsavhandling från Linköpings universitet).

Strömberg, A., Ahlen, H., Fridlund, B. & Dahlström, U. (2001). Interactive education on CD-ROM- a new tool in the education of heart failure patients. *Patient Education and Counseling*, 46, 75-81.

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Dahlström, U. (2000). Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 3, 139-144.

Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 57-65.

Turton, J. (1997). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patient and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 770-778.

Undertaking Nursing interventions throughout europe study group. (2002) A survey of coronary risk factors in cohort of cardiac nurses from Europe: do nurses practise what they preach? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 57-60.

Walden, J., Dracup, K., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, M., & Fonarow, G. (2001). Educational needs of patients with advanced heart failure and their caregivers. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 20, 766-769.

Vasko, P. & Östberg, S. (2003). Hjärtats sjukdomar- Kardiologi. I N. Grefberg. & L-G. Johansson. (Red.), *Medicinboken* (s 61-146). Stockholm: Liber AB.

Webber, D., Higgins, L., & Baker, V. (2001). Enhancing recall of information from a patient education booklet: a trial using cardiomyopathy. *Patient Education and Counseling*, 44, 263-270.

Wiles, R., & Kinmonth, A-L. (2000). Patients' understandings of heart attack. Implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44, 161-169.

Wyer, S., Joseph, S., & Earl, L. (2001). Predicting attendance at cardiac rehabilitation: a review and recommendations. *Coronary Health Care*, 5, 171-177.

Bilaga 1

Databas	Sökord/kombinationer
Cinahl	Cardiovascular diseases, patient education
Cinahl	Cardiovascular diseases, information
Cinahl	Nursing,patient,information
Cinahl	Heart infarkt, nursing
Cinahl	Prevention,coronary heart diseases
Cinahl	Nurse roll,
Cinahl	Rehabilitation,nurse,
Pubmed	Cardiovascular diseases, patient education
Pubmed	Cardiovascular diseases, information
Pubmed	Nursing,patient,information
Pubmed	Heart infarkt, nursing
Pubmed	Prevention,coronary heart diseases
Pubmed	Nurse roll,
Sciadirect	Cardiovascular diseases, patient education
Sciadirect	Cardiovascular diseases, information
Sciadirect	Nursing,patient,information
Sciadirect	Heart infarkt, nursing
Sciadirect	Prevention,coronary heart diseases
Sciadirect	Nurse roll,

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se