

# Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom

<b>FÖRFATTARE</b>	Eva-Lena Andersson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Examensarbete för magister i omvårdnad Fristående kurs OM5130 HT 2012
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Kerstin Dudas
<b>EXAMINATOR</b>	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **FÖRORD**

Jag vill tacka min handledare Kerstin Dudas som med tid, energi och aldrig sinande uppmuntran varit en drivande kraft framåt. Ditt stöd har varit ovärderligt och en inspirationskälla!

Titel (svensk):	Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom
Titel (engelsk):	Nurses preventive work with patients who have cardiovascular disease
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5130
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Eva-Lena Andersson
Handledare:	Kerstin Dudas
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Promotion av hälsa och prevention av ohälsa är en av många viktiga uppgifter för hälso- och sjukvården. Sekundärprevention efter akut kranskärlssjukdom innebär åtgärder för att både på kort och lång sikt minska död, återinsjuknade och fortsatt sjukdomsprocess. Förändringar i levnadsvanor påverkar oftast flera riskfaktorer samtidigt. För personer med känd livsstilsrelaterad sjukdom betonar Socialstyrelsen i ”*Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*” att sjukvården ska erbjuda rådgivande samtal kring ohälsosamma levnadsvanor och att det är en betydelsefull uppgift för hela vårdkedjan. Socialstyrelsen har funnit vetenskapligt underlag för att sjuksköterskors samtal om levnadsvanor har god effekt och är kostnadseffektivt.

**Syfte:** Att få kunskap om sjuksköterskors förhållningssätt till sitt arbete med sekundär prevention för patienter med hjärt-kärlsjukdom på en akut hjärtsjukvårdsavdelning, samt hur de förhåller sig till att vara en del i vårdkedjan akutsjukvård, öppenvård och primärvård.

**Metod:** En pilotstudie bestående av en fokusgrupp intervju med tre informanter och en enskild intervju har genomförts. Datamaterialet har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Kategorierna *kunskap och kompetens, det goda mötet, hinder i vårdkulturen och informationsöverföring* beskriver att det finns ett utbildningsbehov men också att det var en fråga vilken kunskapssyn sjuksköterskan har på professionen. Samtalen kunde se olika ut, behovet att veta vad som hänt och vad som ska ske i framtiden skilde sig åt mellan patienterna. Det sekundärpreventiva arbetet innebar också möten med oförberedda patienter och dokumentationsbrister. Det var inte självklart att se sitt arbete som ett första led i en sammanhängande vårdkedja, informationsöverföring var inte något informanterna arbetade strukturerat med.

**Diskussion:** För att sjuksköterskor ska kunna bli skickliga i att motivera och stödja personer som vill göra en förändring av ohälsosamma levnadsvanor krävs både utbildning och träning. Det är en fråga om hur vården ska organiseras men även en fråga på professions och individnivå.

## ABSTRACT

*Background:* Promotion of health and prevention of illness is one of many key tasks for health care. Secondary prevention after acute coronary syndromes involves measures to both the short and long term, reduce the dead, once fell ill and remained disease process. Changes in lifestyle usually affect several risk factors simultaneously. For people with known lifestyle-related disease emphasizes The Swedish National Board of Health and Welfare in "National Guidelines for Methods of Preventing Disease" that health care should offer counseling about unhealthy habits and that it is an important task for the whole chain of care. The Swedish National Board of Health and Welfare has found scientific evidence that nurses' counseling about lifestyle has good power and is cost effective.

*Purpose:* Gaining knowledge of nurses' approach to their work with secondary prevention for patients with coronary heart disease in an acute cardiac care department, and how they relate to be a part of the care-chain of care emergency care, outpatient and primary care.

*Method:* A pilot study consisting of a focus group interview with three informants and an individual interview was carried out. The data were analyzed according to qualitative content analysis.

*Results:* The theme of the analysis shows that the interviewed nurses have a strong sense of their profession. The categories of knowledge and skills, the good meeting, barriers in healthcare culture and information transfer describes that there is a training needs, but also that it was a matter of knowledge which nurses have on the profession. Counseling could look different, need to know what happened and what will happen in the future differed between patients. The secondary prevention work also involved meetings with unsuspecting patients and documentation deficiencies, it was not obvious to see their work as a first step in a continuous chain of care, information transfer was not something the informants worked with structured

*Discussion:* For nurses to be skilled in motivating and supporting people who want to make a change unhealthy habits requires education and training. It's a question of how care is organized, but also a question of professions and individual level.

**Keywords:** Secondary prevention, nursing, care, assessment, lifestyle change, chain of care

<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING.....</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
Kardiovaskulär sjukdom.....	3
Riskfaktorer.....	4
Prevention .....	5
Vårdkedjan.....	6
<b>TEORETISK REFERENSRAM .....</b>	<b>7</b>
Personcentrerad vård .....	7
Transition .....	9
<b>TIDIGARE FORSKNING.....</b>	<b>10</b>
Prevention .....	11
Vårdkedjan/Kommunikation .....	13
Delaktighet.....	13
Undervisning/lärande .....	14
<b>PROBLEMFORMULERING .....</b>	<b>15</b>
<b>SYFTE.....</b>	<b>15</b>
<b>PILOTSTUDIE.....</b>	<b>15</b>
Design .....	15
Fokusgrupp.....	16
Urval av informanter .....	16
Datainsamling.....	16
Dataanalys .....	17
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.....	17
Forskningsetiska överväganden.....	18
<b>RISK- NYTTA ANALYS.....</b>	<b>19</b>
Risker som deltagandet kan medföra.....	19
Nyttan för forskningspersonerna att delta .....	20
<b>RESULTAT .....</b>	<b>20</b>
Kunskap och kompetens.....	20
Att ha likvärdig kompetens.....	20
Att arbeta med gemensamt mål .....	21
Att vara professionell .....	22
Det goda mötet.....	22
Att lyckats eller inte lyckas med samtalet .....	22
Att plantera in för framtiden .....	23
Hinder i vårdkulturen.....	24

Att förbereda med kunskap.....	24
Att arbeta med dokumentationsbrister .....	24
Informationsöverföring.....	24
Att vara förberedd inför mötet .....	25
Att vara en del eller inte vara en del i en vårdkedja.....	25
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>27</b>
<b>METODDISKUSSION .....</b>	<b>27</b>
Fokusgrupp .....	27
Kvalitativ innehållsanalys.....	27
<b>RESULTATDISKUSSION .....</b>	<b>29</b>
<b>SLUTSATS.....</b>	<b>33</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER .....</b>	<b>33</b>
Studiens betydelse.....	33
<b>REFERENSER .....</b>	<b>34</b>
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>.....</b>

## **INTRODUKTION**

### **INLEDNING**

Inom hjärtsjukvården möter sjuksköterskan många människor med livsstilsrelaterade sjukdomar och i omvårdnadsarbetet ingår samtal om riskfaktorer och levnadsvanor. Att ändra levnadsvanor kan vara svårt och sjuksköterskan har en betydelsefull funktion vad gäller att identifiera patientens egna resurser som kreativitet, önskningar, drömmar och hopp. I en litteraturstudie gjord 2009 som beskriver sjuksköterskans roll i personcentrerad vård var det tydligt att en grundlig intervju vid ankomsten till sjukhus genererar värdefull information om patienten och dennes förutsättningar. Omsorgsfull planering vid utskrivning innebar att förbereda patienten och andra vårdgivare genom samverkan och informationsöverföring och uppföljning. Detta bidrog till en väl fungerande vårdkedja och minskade risken för en fragmenterad vård med undermåligt utförda informationsöverföringar. Kunskap och information är förutsättningen för att patienten ska få delad makt och ansvar. Kunskap skapar trygghet och ger självförtroende och stärker patienten i att klara sin egenvård och att se sina möjligheter (1).

### **BAKGRUND**

Socialstyrelsen tar upp fyra områden i sina Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Dessa områden är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i Sverige (2).

Kroniska sjukdomar utgör idag det allvarligaste hotet mot folkhälsan såväl nationellt som internationellt. Ördan av kroniska sjukdomar ökar kraftigt över hela världen och utgör ca 60 % av de årliga rapporterade dödsfallen enligt WHO (3, 4). Många av de kroniska sjukdomar som en allt större del av befolkningen drabbas av är kopplade till otillräcklig fysisk aktivitet (4). Enligt WHO kan hälsosamma levnadsvanor förebygga 80 % av all kranskärlssjukdom och stroke samt 30 % av all cancer (5). Personer som efter akut kranskärlssjukdom slutar röka, börjar äta hälsosamt och motionerar regelbundet, har efter 6 månader minskat risken för nya hjärt-kärlhändelser med 74 %, jämfört med om han/hon fortsätter röka, inte förbättrar sina matvanor och är fysiskt inaktiv (2).

Promotion av hälsa och prevention av ohälsa är en av många viktiga uppgifter för hälso- och sjukvården. Som en grund i det preventiva arbetet betonar Socialstyrelsen det rådgivande strukturerade samtalets betydelse av ohälsosamma levnadsvanor som är förenade med en rad sjukdomstillstånd (2). Socialstyrelsen betonar även att det är en betydelsefull uppgift för hela vårdkedjan att arbeta aktivt med preventiva åtgärder (2). Merparten av alla åtgärder i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (2) är någon form av rådgivning eller samtal. Rådgivning ges på tre nivåer, 1) enkla råd, 2) rådgivande samtal och 3) kvalificerande rådgivande samtal. De metoder som fungerar bäst ur ett hälsoekonomiskt perspektiv finns beskrivna i tabell 1. (2). För personer med känd livsstilsrelaterad sjukdom t.ex. hjärt-kärlsjukdom ska sjukvården erbjuda rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

Riktlinjerna är framförallt ett redskap för hur vården ska organisera sin verksamhet. Att genomföra förebyggande vård handlar också om att professionerna behöver känna till vilka metoder som är effektiva och när de ska användas (6). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska anges det att sjuksköterskan ska identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera patienter till förändrade livsstilsfaktorer, identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, undervisa samt stödja patienter och närstående (7).



**Tabell 1** Socialstyrelsens tre åtgärdsnivåer för sjukdomsförebyggande metoder (2, 8).

Åtgärdsnivå	Beskrivning	Omfattning i tid
Enkla råd	<ul style="list-style-type: none"><li>• Information och korta standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor (inte likställt med att ställa frågor om levnadsvanor)</li><li>• Eventuell komplettering med skriftlig information</li></ul>	Vanligtvis mindre än 5 minuter
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient</li><li>• Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera.</li><li>• Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning.</li><li>• Kan inkludera motiverande strategier.</li></ul>	Vanligtvis 10-15 minuter men ibland upp till 30 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient.</li><li>• Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera.</li><li>• Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt särskild uppföljning.</li><li>• Kan inkludera motiverande strategier.</li><li>• Vanligen teoribaserat eller strukturerat*.</li><li>• Personal med utbildning i den metod som används</li></ul>	Ofta längre än rådgivande samtal

\* Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika teorier, Följande teorier och metoder har beskrivits i det vetenskapliga underlaget(8).

- Social learning theory and social cognitive theory
- Health belief model
- Theory of planned behavior
- Stages of change och transtheoretical model
- Motiverande samtal (MI)
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Kombinerade, multifacetterade ansatser

Se även bilaga 1 i ” *Tillstånd- och åtgärdslista*” Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (6).

### **Kardiovaskulär sjukdom**

Aterosklerosprocessen är den bakomliggande faktorn till kranskärlssjukdom och är en kronisk inflammatorisk reaktion som främst drabbar stora och medelstora kärl som till exempel hjärtats kranskärl och aorta. En process som resulterar i förtjockade kärlväggar och aterosklerotiska hårda plaque, vanliga orsaker till aterogenezen är hypertoni, störningar i blodglukosregleringen, blodfetsrubbnings och rökning (9). Akut kranskärlssjukdom (AKS) innebär ett tillstånd som förorsakas av att blodflödet i ett eller flera av hjärtats kranskärl försämras på grund av aterosklerosprocessen, vilket leder till syrebrist i den del av hjärtmuskeln som detta/dessa kärl försörjer. Den

underliggande orsaken till akut kranskärlssjukdom är vanligen en bristning (fissur) av ett aterosklerosplaque i ett kranskärl samt en pålagrad blodproppsbildning (trombos) som plötsligt förtränger eller helt täpper till blodflödet i kranskärl. Spasm i det drabbade kärlet kan också bidra till försämringen av blodflödet (10). AKS omfattar hjärtinfarkt och instabil angina pectoris, instabiliteten är vanligen orsakad av den trombotiska processen som delvis eller tillfälligt ockluderar kärlet. Plötslig kardiell död orsakad av en arytmia utlöst av plötslig syrebrist i hjärtmuskeln ingår också i AKS begreppet (10). Vid akut hjärtinfarkt har subendokardiell vävnad gått i nekros redan efter 30 minuter och skadan fortsätter sprida sig. För att begränsa skadan är det primära åtgärden att återställa blodflödet i kranskärl med perfusionsbehandling som kan ske antingen farmakologiskt eller genom mekanisk intervention (10). Vid en kranskärlsröntgen och med hjälp av röntgenkontrast går det att exakt se kranskärlens utseende och utifrån det bedöma behovet av åtgärder och möjligheterna till dessa. Kranskärlsinsgrepp har ökat drastiskt sedan 90-talet då det visat sig att perkutan koronar intervention (PCI) i tidigt skede efter insjuknandet lett till ökad överlevnad, minskad risk för återinsjuknande samt ökad livskvalitet (11). Kranskärlsoperation rekommenderas främst till patienter med utbredd kranskärlssjukdom i flera av hjärtats kranskärl eller där förträngningarna inte är lämpliga för PCI (10). Kranskärlssjukdom är en av de vanligaste orsakerna till kontakt med sjukvård och är även en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige (11). Under de senaste 20 åren har dock dödligheten i hjärtinfarkt i det närmaste halverats (12). Idag insjuknar färre och flera överlever hjärtinfarkt pga. stora framsteg i den medicinska behandlingen (13).

### **Riskfaktorer**

Orsakerna till hjärtinfarkt är till 90 % väl kända och kan förklaras av levnadsvanor, fysisk inaktivitet, matvanor, tobak och alkoholbruk, även biologiska faktorer som hypertoni, diabetes, blodfetterrubbnings, övervikt framför allt i form av bukfetma och psykosocial påverkan hör till de mest väl kända riskfaktorerna (14). Minst två tredjedelar av alla hjärtinfarkter uppskattas kunna förebyggas genom hälsosammare levnadsvanor med hjälp av preventiva åtgärder (13, 15, 16). Idag är mer än 200 riskfaktorer för kranskärlssjukdom identifierade (10). De riskfaktorer som inte går att påverka är ålder, kön och hereditet. Till de viktigaste påverkbara riskfaktorerna hör rökning, höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes, negativ psykosocial miljö, bristande fysisk aktivitet och övervikt (9). Störst risk för insjuknande av

kranskärlssjukdom föreligger vid kombination av flera riskfaktorer (13). Förändringar i levnadsvanor påverkar ofta flera riskfaktorer samtidigt medan läkemedel huvudsakligen är mer specifikt inriktade mot enskilda faktorer (13). Kunskap om riskfaktorernas påverkan har lett till satsning på rehabiliteringsprogram inriktade på preventiva åtgärder (10). Nästan alla öppenvårdsmottagningar på sjukhus och i primärvården har enheter för rehabilitering och sekundärprevention. För att hjälpa patienter i rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt är flera yrkeskategorier involverade avseende fysiska, psykologiska och sociala åtgärder. Vid många sjukhus bedrivs detta arbete i så kallade hjärtskolor men deltagande är dock lågt, ca 44 procent av hjärtinfarktpatienterna i Sverige deltar i hjärtskola (17). Ett år efter en hjärtinfarkt röker fortfarande 44 procent och endast 41 procent av patienterna deltog i fysisk aktivitet enligt rekommendationerna (18). Bristande rutiner i slutenvården och sjukhusmottagningar är möjliga orsaker till så låga siffror enligt årsrapporten från Swedeheart (17) ett kvalitetsregister för hjärtsjukdomar i Sverige.

### **Prevention**

Prevention av kranskärlssjukdom innebär åtgärder som syftar till att förhindra eller uppskjuta insjuknande hos friska individer, primärprevention. Sekundärprevention efter akut kranskärlssjukdom innebär åtgärder för att både på kort och på lång sikt minska död, återinsjuknande och fortsatt sjukdomsprocess. Sekundärpreventiva åtgärder innefattar livsstilsförändringar, medicinsk behandling och ibland invasiv behandling av kärlförträngningar (14). Ett stort antal sekundärpreventiva åtgärder har visat sig vara effektiva för att förhindra sjukdomsutveckling och ytterligare allvarliga hjärthändelser som t.ex. hjärtdöd, hjärtinfarkt och kärlkramp. Hjärt- Lungfonden skriver i sin årsrapport för 2011 (18) att vården behöver bli bättre på sekundärprevention i form av hjälp till livsstilsförändringar, inte ens en av fem patienter lyckas nå målen för rökfrihet, bra blodtryck, bra kolesterolnivå och fysisk aktivitet (18). Preventiva åtgärder har fått hög prioritering i Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård” från 2008 (14). Åtgärder som påverkar livsstilsfaktorer i positiv riktning är viktiga i den förebyggande vården. Levnadsvanor som tobaksbruk, fysisk aktivitet, matvanor och alkoholvanor bör kartläggas och dokumenteras i större utsträckning än tidigare i samband med att patienter kommer i kontakt med sjukvården. Däremot är erbjudandet av stresshantering lågt prioriterat i de riktlinjer Socialstyrelsen ställt upp för hjärtsjukvården. (10, 19). Socialstyrelsen

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom poängterar i ”Nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder” att preventivt arbete är hälso-, och sjukvårdens ansvar och skall pågå inom hela vårdkedjan (2).

### **Vårdkedjan**

Enligt Nationalencyklopedin (20) kan vårdkedja definieras som:

*”Sammanhållen vårdepisod, en serie av samordnade vårdinsatser, inklusive patientinformation och patientundervisning för att säkerställa adekvat utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering utan dröjsmål. Med vårdkedja avses en professionell samverkan från det en person vid ett vårdtillfälle först kommer i kontakt med en vårdorganisation till dess personen är återställd. Förutom att avse en persons väg i vårdorganisationen kan vårdkedja också vara ett dokument – och informationsflöde, exempelvis hur patientjournaler och remisser hanteras”*(20)

Vårdtiden vid akut kranskärlssjukdom är kort ca 3-6 dygn (11) det gör det viktigt med ett tidigt möte mellan patient och sjuksköterska i syfte att påbörja ett samarbete med patienten. Genom att tidigt identifiera patienter med behov av primär- eller sekundärprevention kan sjuksköterskan initiera ett samtal i syfte främja förståelse av orsaken till insjuknandet. Mötet kan ge sjuksköterskan insikt i vad patienten har för behov och förutsättningar och gör det möjligt att stimulera och stödja motivation till livsstilsförändringar samt hjälpa patienten att identifiera personliga mål, resurser och eventuella hinder. Patientens kunskap och förståelse är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig och ha inflytande över den egna hälsan, vården och behandlingen (21). Målet är att införa och bibehålla långsiktiga riskreducerande åtgärder som överenskommit med patienten, för önskat stöd genom hela vårdkedjan. När en vårdgivare lämnar över till en annan vårdgivare måste de överenskomna livsstilsförändringar som gjorts eller planeras och finns som mål, underhållas, och utvärderas för att stödja patienten i dennes arbete med livsstilsförändringar. Det ställer krav på att kommunikationen mellan patient och olika vårdgivare fungerar och att relevant information når nästa vårdgivare. I Socialstyrelsens föreskrift God vård (21) beskrivs att vården bör sträva efter största möjliga kontinuitet i kontakter och information och att olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Kommunikationen mellan olika vårdgivare skall vara en integrerad del av all vård och behandling, det förutsätter en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonal och ofta närstående (21).

När patienten är färdigbehandlad i länssjukvården remitteras han/hon till primärvården. Lokala vårdprogram kan skilja åt regionalt men till grund ligger Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (14). Kommunikation och informationsöverföring är ett riskområde i vården. Det kan handla om kommunikationen i vårdteamet kring patienten och kommunikationen mellan olika vårdlag, vårdenheter och vårdgivare. Det handlar även om informationsöverföring i form av remisshantering, provsvarshantering och journaldokumentation (22).

Enligt internationella studier som Socialstyrelsen har sammanställt var försummelser i kommunikationen den vanligaste enskilda orsaken till vårdskador under 1995 till 2006 (22). Förbättrade överlämningar från sjukhus till primärvård resulterar i färre återinläggningar, förbättrad kontinuitet och nöjdare patienter (23).

## **TEORETISK REFERENSRAM**

### **Personcentrerad vård**

Begreppet personcentrerad vård (PCV), som introducerades inom den medicinska litteraturen under 1950-talet, har sina rötter i ett holistiskt synsätt på hälso och sjukvård som kontrast till det rådande sjukdomsorienterade synsättet(24).

Patientcentrerad vård, såsom Mead & Bower (25) presenterar den, innehåller 6 komponenter nära förbundna med varandra:

1. Undersöka/utforska både sjukdomen och upplevelsen av det
2. Se och förstå hela personen
3. Finna gemensam plattform i beaktandet av behandling.
4. Inkorporera prevention och hälsobefrämjande åtgärder.
5. Förbättra vårdgivare-patient relationen.
6. Vara realistisk angående personella begränsningar och förutsättningar som tidsåtgång och resurser

Personcentrerad vård är ett svårfångat, komplext begrepp som kan tolkas som oklar och upplevs inte alltid som enhetligt, det har diskuterats i olika kontext och definition av personcentrerad vård växlar beroende på vilken bakgrund eller ur vilket perspektiv det diskuteras. Centralt ur alla perspektiv är patientens delaktighet och partnerskap i vården och att denne har kunskap och stöd för att kunna vara det (24).

Patient delaktighet i omvårdnad kan definieras som en etablerad relation mellan sjuksköterska och patient, ett överlämnande av viss makt eller kontroll av sjuksköterskan, delad information och kunskap och ett aktivt engagemang tillsammans i intellektuella och/eller fysiska aktiviteter (26). Delaktighet innehåller en personcentrerad filosofi, som är en jämbördig relation mellan två parter och är en dynamisk process (26). Graden av delaktighet kan påverkas av olika faktorer, våra preferenser vad delaktighet är, aspekter på vad delaktighet är, åtgärder som används för att öka delaktighet. Odelaktighet uppstår när patienter upplever att vårdpersonal betraktar honom/henne som en sjukdom eller symtom istället för en individ, när vårdgivaren inte lyssnar eller tillvaratar den information som patienten förmedlar (26). Ur ett patientperspektiv kan delaktighet vara att förstå, söka och upprätthålla en känsla av kontroll och erkännande av ett eget ansvar som patient (26). Från ett sjuksköterskeperspektiv handlar delaktighet mer om att patienterna får individuellt utformad information så att de kan agera. Patienter upplever delaktighet som något som de har, en personligt aktiv attityd, medan sjuksköterskor upplever det som något att de ger till patienten (26).

Kommunikation i en institutionell miljö som sjukvården är, kräver en lyhördhet inför hur människor med olika bakgrunder uppfattar och beskriver sin situation (27). Det är en ojämlik miljö där den professionella parten oftast är den starkaste, som för samtalet framåt och som avgör vilken riktning det tar (27). Det blir ett ansvar för sjukvården att i största möjliga mån göra människor delaktiga i de insikter och perspektiv som är viktiga i en given situation (27).

Att vara en aktiv samarbetspartner behöver inte nödvändigtvis betyda att välja behandlingar eller läkemedel, utan snarare bör ses i mer existentiella termer som självförtroende, känsla av kontroll och ansvar (28). Patientens uppfattning av relevansen med att sätta upp mål och deras autonomi i den processen blir ett verktyg för att kunna identifiera, definiera och prioritera mål (29).

Personcentrerad vård bygger på tre komponenter, enligt definition av Ekman et al (28) Patientens livsberättelse, vilken ligger till grund för att identifiera patientens egna önskemål och resurser. Därefter, baserad på livsberättelsen, utarbetar vårdpersonal och patient en vårdplan, som bygger på medicinsk vård och omvårdnad samt patientens egna önskemål och resurser, ett partnerskap etableras. Slutligen ska processen och partnerskapet dokumenteras (28).

PCV betonar vikten av att se patient som ett värdigt och kapabel person som tillsammans med vårdpersonal utformar vården. PCV innebär att vårdprocessen bygger på ett partnerskap mellan vårdgivare och patient, där gemensamt ansvar och delade målsättningar driver vårdprocessen snarare än enbart den biologiska patologin. PCV innebär inte bara interaktion och kommunikation, men också ömsesidighet med andra (28).

I litteraturen används olika begrepp vid beskrivning av patientundervisning såsom: undervisning, utbildning, information, rådgivning och vägledning (30). Bra patientundervisning inkluderar att bedöma patientens behov av kunskap samt att utvärdera resultatet, sätta upp mål och implementera en gemensam plan (30). I bedömningen samlar sjuksköterskan in information från och om patienten. Vid planering av mål med utbildningen stäms målsättningen av med patientens önskemål, patienten måste kunna förstå hur och till vad informationen skall användas till i det egna fallet (30)

Undervisning omfattar lärande i två riktningar där både patient och sjuksköterskan lär i en lärandeprocess, båda har unika kunskaper som relaterar till samma fenomen fast från olika perspektiv (31). Att samtala och samspela med varandra ger en situation där patienten får möjlighet att förstå meningen med råden som sjuksköterskan ger och sjuksköterskan får en möjlighet att förstå patientens erfarenhet och synsätt (32). Genom att följa med i patientens resonemang om sjukdomen får sjuksköterskan en möjlighet att förstå hur patienten ser på sin sjukdom och kan ge information som inte är standardiserad utan nyanserad utifrån det som patienten har svårt att se, så att patienten får möjlighet att förändra sitt synsätt (32). För att informationen ska bli kunskap krävs det att fånga patientens uppmärksamhet och intresse, kunskap uppstår inte genom ett passivt mottagnade utan kräver att vi själva är aktiva (32). Vad vi väljer att undervisa om, exempelvis levnadsvanor och dess eventuella hälsorisker och hur vi synliggör innehållet i lärande situationen har avgörande betydelse för vilken förståelse patienten kan uppnå (32).

### **Transition**

Förändringar i hälsa och sjukdom hos människor skapar en övergång, från att vara frisk till att vara sjuk och i övergången tenderar vi att vara mer utsatta för risker som i

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom sin tur kan påverka hälsa och välbefinnande (33). Meleis (33) beskriver övergången som en process som går från ett tillstånd till ett annat t.ex. från frisk till kronisk sjukdom. Transition kännetecknas av flöde och rörelse och omfattar identitet, roller, kompetens och relation (33). Övergången är både ett resultat av och resulterar i förändringar i liv, hälsa, relationer och miljöer (33). Under övergångsprocessen behöver nya färdigheter, nya relationer och nya strategier utvecklas. Det sätt en person uppfattar situationen avgör hur processen kommer att fortsätta (33). Samhälle, kultur och kontext kan påverka denna uppfattning. Under övergångsprocessen finns en dynamisk spänning mellan friska och ohälsosamma processer (33). Ett exempel på en sund process som kan börja under sjukhusvistelsen för patienter med kranskärlssjukdom sker när patienten och de anhöriga med hjälp av sjuksköterskan är engagerade i att utforska innebörden av övergången och försöker hitta nya betydelser. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att lära sig förstå orsaker till insjuknandet och ta ställning till nödvändiga livsstilsförändringar och finna sina egna lösningar (33). Uppfattningar är subjektiva, de speglar hur patienter förstår situationen och hur och vad de baserar sina alternativ på. Sjuksköterskan behöver erkänna och värdera uppfattningarna och deras betydelse för patienterna. Hur en person uppfattar situationen avgör också hur övergången kommer att fortsätta. (33). Patienter som drabbas av akut kranskärlssjukdom genomgår ett flertal övergångar i vårdkedjan, från slutenvården till öppenvården och slutligen till primärvården. Sjuksköterskan är ofta den vårdgivare som förbereder patienten för kommande övergångar och som finns med och underlättar i processen för patienten som ska lära sig nya färdigheter relaterade till hälsa och upplevelser sjukdom (33).

## **TIDIGARE FORSKNING**

Databaserna PubMed och Cinahl har använts för att hitta vetenskaplig forskning inom ramen för studiens syfte. I PubMed användes MeSH-termer och i Cinahl användes motsvarande sökord (34). Begränsningar var att artiklarna skulle ha publicerats senaste 10 åren. Urvalet gjordes genom att först läsa artiklarnas titel, om de ansågs relevanta lästes även abstrakten och om abstrakten visade sig vara intressanta för syftet lästes artiklarna i sin helhet. Sökningen redovisas i tabell 2. Sökord som användes var: secondary prevention, nursing care, lifestyle change, behavior change, multifactorial, coronary disease, cardiovascular disease, cardiovascular, nursing,



patient education, nursing assessment, post discharge, qualitative studies. Endast de sökningar som resulterade i valda artiklar redovisas.

**Tabell 2**

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Referens Nr.
Cinahl	Secondary prevention Nursing Cardiovascular	19	19	19	(35-39)
Cinahl	Cardiovascular Post Discharge	41	41	10	(40)
PubMed	Cardiovascular disease Lifestyle change Multifactorial	56	56	1	(41)
PubMed	Secondary prevention Nursing Cardiovascular	122	122	50	(42)
PubMed	Coronary heart disease Qualitative study Rehabilitation	38	38	3	(43-45)

Manuell sökning gjordes på två artiklar som fanns tillhands (46, 47). Flera artiklar visade sig relevanta i mer än en av nedanstående kategorier

### **Prevention**

Att hjälpa människor att ändra livsstilsvanor för att minska risken för kardiovaskulär sjukdom är en viktig roll för sjuksköterskor som arbetar med personer som har hög risk för eller redan har etablerad kranskärlssjukdom. Sjuköterskan möter många utmaningar i sitt arbete med att försöka implementera viktiga livsstilsförändringar. Beteendeförändring är komplex och kräver medvetenhet, kunskap och färdigheter hos båda parter d.v.s. sjuksköterskan och patienten. Barriärer för varaktiga livsstilsförändringar inbegriper faktorer såsom socioekonomisk status, ålder, kulturella uppfattningar, språkkunskaper, utbildning, co morbiditet och psykologisk status t.ex. depression (35-37, 42). Verktyg för sjuksköterskan i detta arbete är bedömning av hälsorisker och faktorer som påverkar patientens mål, rådgivning och information, överenskommelse om mål och metoder, hjälpa till med självhjälp och samhällsstödd tilläggsbehandling samt ordna uppföljning för hjälp och stöd (42).

Deltagande i hjärtrehabilitering som en del i sekundärprevention främjar patienter med kranskärlssjukdom, men världen över är det bara cirka 15-30% som deltar. Orsaker för att inte delta i hjärtrehabilitering uppgavs vara fysiska barriärer, som brist på transporter, eller finansiella kostnader och personliga hinder som att vara generad över att delta i hjärtrehabilitering eller missförstånd om orsakerna till uppkomsten av kranskärlssjukdom eller syftet med hjärtrehabilitering (43, 45). Patienternas erfarenheter och interaktion med andra vårdgivare påverkade deras beslut att delta. Patienterna kan uppleva att samtal om sekundär prevention sker vid en olämplig tidpunkt under vårdtiden på akutvårdsavdelning. Exempel på olämplig tidpunkt kan vara när de inte kunde komma ihåg vad samtalet handlade om på grund av att de fortfarande var påverkade av medicinering efter en nyligen genomgången operation. Det kunde även vara att de var fortfarande i chock över att fått veta diagnosen, eller känt sig överhoppade med information. Dessutom var de råd de fick ibland motstridiga mellan vårdgivare, vilket negativt påverkade deras beslut att delta (43, 45).

Sjuksköterskeledda mottagningar för hjärtförebyggande vård upplevs av de flesta patienter som positivt (38). Endast en liten del av patienterna trodde att sjuksköterskan hade mindre förståelse för deras personliga situation och mindre förmåga att förklara tydligt än en läkare skulle ha haft. Ett signifikant samband mellan patienternas upplevelser av sjuksköterskeledda mottagningar och personlig hälsa hittades. Rökare ville rekommendera sjuksköterskeledda mottagningar i mindre utsträckning i jämförelse med patienter som inte röker. Rökare kände sig i mindre utsträckning bekväma med samtalen om livsstilsförändringar. Slutsatsen som drogs i denna studie var att ytterligare förbättringar skulle kunna uppnås genom att ägna mer uppmärksamhet åt motiverande samtal och att sjuksköterskor bör närma sig högriskpatienter mer specifikt enligt typ av riskfaktor som skall behandlas (38).

Hos patienter med etablerad hjärt-kärlsjukdom kan multifaktoriella livsstilsinterventioner minska förekomsten av hjärt- kärlsjukdomar och/eller dödlighet, även många år efter insatsen. På lång sikt tycks i synnerhet livsstilsförändringar kvarstå, t.ex. förbättrade matvanor och ökad fysisk aktivitet, medan de positiva effekterna på biologiska riskfaktorer, såsom kroppsvikt och blodtryck, inte längre skiljer sig från kontrollgruppen. Regelbunden och intensiv kontakt med deltagarna verkar vara en del av "framgångsfaktor"(35, 41).

### **Vårdkedjan/Kommunikation**

Det finns ett ökat tryck på kortare vårdtider och snabb omsättning. Kortare vårdtider ställer stora krav på information och undervisning under sjukhusvistelsen för att möta patienternas behov, det minskar tiden för patienterna att acceptera och lära om deras tillstånd (39). Omsorgsfull utskrivningsplanering och uppföljning i vårdkedjan är viktig för att möta patienternas behov av symtomlindring och livsstilsförändring samt det särskilda inlärningsbehov som patienter med nyligen diagnostiserad hjärtinfarkt har (39). Kontinuitet i vården definieras som löpande tvärvetenskaplig handhavande av en patients vård över tiden. Tre typer av kontinuitet kan identifieras i litteraturen: information, behandling och relationer. Brister i kommunikationsfrågor som informationsöverföring i form av remisshantering, provsvarshantering och journaldokumentation, anvisningar om fortsatt behandling och hur man planerat fortsätta med hälsosamma livsstilsförändringar är hinder för ett effektivt arbete med sekundärprevention i primärvården (44).

Multidisciplinära interventioner med sjukgymnaster, dietister, läkare och sjuksköterskor har visat sig vara effektiva vid sekundärprevention vid kardiovaskulär sjukdom (37). Denna mångfald av utövare är både en styrka och en svaghet eftersom om informationen kan skilja sig åt, vilket förvirrar en ofta psykologiskt skör person efter en stor vaskulär händelse (37). Att mycket av det förebyggande arbetet inte når fram kan delvis förklaras av en brist på samordning mellan olika hälso-och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskans samordnande roll vid vård med tvärvetenskapliga team blir mycket viktig vid behandling av kronisk sjukdom (37).

### **Delaktighet**

Mc Lachlan har med sin studie från Nya Zeeland visat att sjuksköterskeledda insatser för att bedöma och hantera kardiovaskulära riskpatienter är effektivt (46). Patienterna fick en individualiserad och skräddarsydd riskbedömning, med syftet att stärka patienterna i rekommenderade livsstilsförändringar. Fokus låg på prevention och rehabilitering. Samtalet handlade om vilka områden patienten kunde känna sig motiverad till att arbeta med t.ex. matvanor, fysisk aktivitet, rökstopp. Samtalets ram hölls i en positiv ton som betonade vad som var möjligt att göra och uppmuntrade till utvecklandet av självsäkerhet och mål, inkluderat problemlösning och hur det kunde ske stegvis. Vidare stöd erbjöds i form av remiss till dietist och eller fysisk aktivitet på recept FaR®. Stöd för rökstopp erbjöds i form av nikotinersättningsmedel och

samtal. Planen som sjuksköterskan och patienten arbetade fram dokumenterades och skrevs ut, en kopia gick till patientens vårdcentral och en kopia fick patienten. Första samtalet varade ca 30 min. De stödåtgärder som erbjöds fanns inom redan existerande resurser i kommun och primärvård. Patienterna hade vid utvärdering signifikant bättre blodtryck, var bättre läkemedelsbehandlade och signifikant ökad nivå på fysisk aktivitet. Ett enda samtal kunde förbättra mycket, men inte viktminskning, sluta röka och blodfettsnivåer (46).

### **Undervisning/lärande**

Undervisning i sekundärprevention är en komplex fråga. Patienterna kommer inte alltid ihåg vad som sägs till dem under korta intensiva vårdtider och är kanske inte redo att lära sig de komplicerade prioriteringarna som sjukvården anser vara nödvändiga (39). För att utvärdera lärande hos patienter efter perkutan koronar intervention, utifrån både patienternas och hjärtsjuksköterskors perspektiv gjordes en studie på en hjärtenhet (39). Bortsett från information om rökstopp, prioriterade patienter i denna studie frågor som rörde deras omedelbara välbefinnande, såsom, ingrepp och behandling, hjärtproblem och individuell omvårdnad över förebyggande frågor som medicinering, motion och riskfaktorer (39).

För att patienter skall få den kunskap som behövs för att nå en balans mellan deras liv och optimal kontroll av deras sjukdom krävs utbildning som är möjlig för patienterna och deras familjer att ta till sig. Utskrivningssamtal med patient och sjuksköterska med en summering vad som sagts och gjorts under vårdtiden, och upprepning av information är en modell som prövats av Dedoncker et al (37). En summering av information och åtgärder gjordes. En personlig plan med av patienten uppsatta mål och åtgärder skrevs ner och signerades av båda parter. För kontinuitet och uppföljning skickades en kopia till patientens husläkare, en kopia behöll patienten och originalet förvarades i patientens journal. Majoriteten av patienterna svarade vid utvärdering att de fått bättre förståelse för riskfaktorer och orsaker till insjuknandet och hade anammat hälsosammare livsstilsvanor. De tyckte att omvårdnads- konsultation med fokus på utbildning och skötsel av deras hjärt-kärlsjukdom var en positiv aspekt av deras vård (37).

Personer som vid insjuknandet skattar sig högt på skala om tilltro till sin egen förmåga är också mer framgångsrika med livsstilförändringar som ökad fysisk

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom aktivitet och förbättrade matvanor enligt Sol et al. (47). Däremot visade studien inte något samband med hög tilltro till sin egen förmåga och minskade alkoholvanor eller rökstopp (47).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Socialstyrelsen har funnit att det finns vetenskapligt underlag för att sjuksköterskors samtal om levnadsvanor har god effekt och är kostnadseffektivt (2). Olika vårdgivare kan vara begränsande och försvåra uppföljning (22, 48). När en vårdgivare lämnar över till nästa måste därför de mål som satts upp och de samtal som förts om livsstilsförändringar underhållas och fortsätta för att ett framgångsrikt arbete med riskfaktorer kan ske. För det krävs god dokumentation och omsorgsfull samordning av vård och stöd under sjukhusvistelsen, vid övergången till öppenvården och till primärvården (22, 48).

För att implementeringen av föreskrifterna ska kunna genomföras behövs det mer kunskap om hur sjuksköterskor arbetar med sekundärprevention. Föreliggande studie fokuserar på sjuksköterskors arbete med sekundärprevention i form av livsstilsförändringar för patienter med hjärt-kärlsjukdom som vårdas på en akut hjärtsjukvårdsavdelning.

## **SYFTE**

Kunskap om sjuksköterskors förhållningssätt till sitt arbete med sekundär prevention i form av samtal om levnadsvanor samt hur de förhåller sig till att vara en del i vårdkedjan akutsjukvård, öppenvård och primärvård.

## **PILOTSTUDIE**

Resultatet i forskningsplanen består av en pilotstudie. En pilotstudie används då prövning av upplägg och teknik behövs för att samla information och databehandlingsmetod samt att personerna i pilotstudien skall motsvara den egentliga undersökningsgruppen (49).

## **Design**

Som datainsamlingsmetod har en fokusgruppintervju om tre deltagare och en individuell intervju använts.

### ***Fokusgrupp***

Fokusgrupper har sitt ursprung i 1940 talets USA inom marknadsföringsforskning. Senare kom metoden att användas även inom kommunikations och medieforskning (50). Idag är fokusgrupper en etablerad metod inom många områden bland annat inom samhällsvetenskaplig forskning (51).

Fokusgrupp är en kvalitativ mätmetod, där data produceras via gruppinteraktion kring ett ämne som forskaren bestämt (50). Metoden har ett fokus – ett särskilt tema eller ett problem - och genomförs genom strukturerade intervjuer i grupp under en moderators ledning. Utgångspunkten är att deltagarna är intresserade av ämnet och har något att säga som forskaren vill veta. Storleken på fokusgruppen kan enligt litteraturen variera mycket från tre till fyra och upp till tolv (50). Wibeck rekommenderar i sin bok (51), att deltagarantalet i en fokusgrupp inte är färre än fyra och inte fler än sex. Mindre grupper kan vara till fördel om man vill bearbeta datamaterialet på djupet, större grupper innebär ett mer omfattande datamaterial som kan bli svårt att analysera. Det viktigt att avsätta tid så deltagarna inte behöver känna sig stressade om de vill ta upp något ytterligare (51).

### ***Urval av informanter***

Urvalet var ett konsekutivt urval, sjuksköterskor som arbetar på hjärtsjukvårdsavdelning på sjukhuset vid tidpunkten för studien och har erfarenhet av sekundärpreventiva samtal samt är insatta och intresserade av forskningsfrågan tillfrågades. Godkännande att genomföra fokusgrupp intervjun och den enskilda intervjun erhöles av vårdenhetschefen på aktuell avdelning. Tillstånd från etikprövningsnämnden har inte inhämtats då det enligt gällande bestämmelser inte behövs för arbeten inom ramen för högskolearbeten (52). Därefter inhämtades information av vårdenhetschefen vilka sjuksköterskor med erfarenhet av sekundärpreventiva samtal som vid tillfället arbetar på enheten. De sjuksköterskor som var intresserade av att bli intervjuade om sitt sekundärpreventiva arbete blev tillfrågade och fick forskningspersonsinformation. (se bilaga 1).

### ***Datainsamling***

Båda intervjuerna spelades in med digitalt ljudupptagning i enskilt rum på deltagarnas arbetsplats och skrevs ut ordagrant av forskaren.

### **Dataanalys**

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (53). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av innehållet i texter, tolkningen kan ske på olika nivåer, den kan användas för att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll.

Metodologiskt kan innehållsanalys vara både deduktiv, utgå från en i förväg utarbetad mall, modell eller teori och den kan vara induktiv vilket innebär en förutsättningslös analys av texter (54). En grundläggande fråga inför kvalitativ innehållsanalys är att bestämma sig för om analysen ska fokusera på det manifesta eller latent innehåll i texten. Analys av vad texten säger behandlar innehållsaspekten och beskriver de synliga uppenbara komponenterna benämns manifest innehållsanalys. Analys av vad texten talar om, handlar om relationsaspekten och innebär en tolkning av den underliggande innebörden av texten, benämns det latent innehåll. Både manifest och latent innehåll handlar tolkning, men tolkningarna varierar i djup och abstraktionsnivå (53). I föreliggande studie har en induktiv ansats använts och intervjuerna har analyserats på det manifesta innehållet som håller sig nära den ursprungliga texten och beskriver det synliga innehållet i texten (53).

### **Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet**

Validitet innebär trovärdighet, giltighet, riktigheten och styrkan i ett påstående. En giltig trovärdig slutsats är korrekt härledd från sina premisser. Inom kvantitativa studier kan validitet påstås svara på frågan om man mäter det man tror sig mäta (55). När man talar om hur trovärdigt ett resultat inom kvantitativ forskning är talar man om validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Inom kvalitativ forskning kan motsvarande begrepp vara giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (54). Validitet inom kvalitativa studier har kommit att gälla om en metod undersöker det den påstås undersöka (55) om man verkligen studerar det som man tror sig studera. När man talar om resultatens tillförlitlighet inom kvalitativ innehållsanalys diskuteras ofta om studien är trovärdig och om studien är replikerbar (54).

Reliabilitet inom kvantitativa studier innebär att man vid upprepad mätning ska komma fram till samma resultat, olika forskare oberoende av varandra och att man kommer fram till samma resultat vid olika tidpunkt. I kvalitativa studier är frågan om reliabilitet beroende om det finns något ”konstant objekt” intervjupersonerna kan ge olika svar vid olika tidpunkt, identiska frågor kan ha svar som skiljer sig åt mellan två

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom intervjuutifrällen och ändå betraktas som reliabla (56). Reliabiliteten bör ses i sitt sammanhang. Noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontext för studien stärker studiens trovärdighet (56).

Överförbarhet är nära knutet till trovärdigheten, hur användbart eller överförbart resultatet är. Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (57). En noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontext för studien samt öppet redovisa metoden och noggrant beskriva analysarbetet och i synnerhet hur varje steg i kategoriseringen och abstraktionsnivåer skett, gärna med exempel, att välja lagom stora meningsbärande enheter är viktigt för att stärka resultatens tillförlitlighet och överförbarhet (54).

### **Forskningsetiska överväganden**

Diskussionen av forskningsetiska frågor satte fart efter andra världskriget i samband med rättegångarna i Nürnberg, då formulerades för första gången en offentlig kod för medicinsk forskning Nürnbergkodexen 1947(58). Den mest betydelsefulla kodexen är Helsingforsdeklarationen inriktad mot biomedicinsk forskning och har antagits av World Medical Association. Den tillkom 1964 och har reviderats flera gånger fram till den senaste versionen från 2008 (59). Helsingforsdeklarationen anger att forskning på människor måste följa allmänt vedertagna vetenskapliga principer. Deltagandet i forskningsprojekt skall vara frivilligt. Deltagarna skall också informeras om syfte, metod, eventuella risker och tänkbara fördelar. Även information om att de när som helst kan dra sig ur studien utan att behöva ange skäl för det är viktigt. När informanten förstått och samtyckt till deltagande skall skriftligt samtycke erhållas. All insamlad data skall hanteras konfidentiellt, hantering av personuppgifter regleras i Personuppgiftslagen (60). Regler och begrepp från Helsingforsdeklarationen har visat sig vara användbara också inom andra forskningsområden än den medicinska vilket har bidragit till kodexens centrala ställning inom forskning över lag. Europarådets konvention för skydd av mänskliga rättigheter och värdighet från 1950 har spelat stor roll i tillämpningen av biologi och medicin, den blev senare lag i Sverige (61) och ligger till grund för Lagen om etikprövning (58, 62).

Forskningsetik omfattar frågor som etiska krav på forskaren och etiska krav på



forskningens inriktning och genomförande. Enligt de forskningsetiska principer som är framtagna av vetenskapsrådet skall forskning inriktas på väsentliga frågor och att forskningen håller hög kvalitet, det så kallade Forskningskravet. Likaså finns det ett krav att individer som medverkar i forskning skall skyddas från skada och kränkning, individskydds krav, som innebär ett krav på skydd för den enskilde informanten som inte får utsättas för psykiska eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Ansvarig forskare måste alltid inför varje vetenskaplig undersökning göra en vägning av värdet av det förväntade kunskapstillskottet mot möjliga risker för negativa konsekvenser för berörda deltagare (59). 2008 ändrades etikprövningslagens definition av begreppet forskning för att tydliggöra vilka aktiviteter som ska etikprövas enligt lagen. Forskning definieras nu som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, måste prövas av etikprövningsnämnden, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå. Deltagandet i studien kommer att vara frivilligt och informanterna informeras muntligt och skriftligt om syfte, upplägg och genomförande samt rätten att kunna dra sig ur utan att behöva ange skäl. Samtycke inhämtas muntligen. Den inspelade och utskrivna intervjun kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt materialet. Det kommer inte kunna gå att urskilja vad enskilda informanter sagt under intervjun i resultatredovisningen. Eventuella konsekvenser resultatet kan få för de intervjuade kommer att tas i beaktande.

## **RISK- NYTTA ANALYS**

### ***Risker som deltagandet kan medföra***

Ambitionen finns att informanterna inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk är att samtalet under fokusgruppintervjun kommer in på områden i informanternas yrkesutövning som kan upplevas känsliga.

Integritetsintrång för sjuksköterskornas vidkommande är mycket viktig att beakta, deltagandet är frivilligt och informanterna har själva valt att delta så risken för detta intrång kan anses obetydligt. I informationsbrevet anges vem som är ansvarig för studien, vad den skall användas till, hur det insamlade materialet förvaras under sekretess och att deltagarna när som helst under studien kan välja av att avbryta utan att behöva förklara varför.

### ***Nytta för forskningspersonerna att delta***

En fördel för personerna i som ingår i studien är att under samtalet i fokusgruppintervju ges tillfälle för reflektion och jämförelse av erfarenheter. I ett större perspektiv kan studien bidra med kunskap om sjuksköterskors möjligheter att arbeta med sekundärprevention i en sammanhållen vårdkedja.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras i löpande text och tabell utifrån de fyra kategorierna och nio underkategorier (tabell 3). Kategorierna beskrivs i löpande text med underkategorier, koder och citat från intervjuerna

**Tabell 3** Översikt över kategorier och underkategorier

<b>Kategori</b>	<b>Underkategori</b>
<b>Kunskap och kompetens</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att ha likvärdig kompetens</li><li>• Att arbeta med gemensamt mål</li><li>• Att vara professionell</li></ul>
<b>Det goda mötet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att lyckats eller inte lyckas med samtalet</li><li>• Att plantera in för framtiden</li></ul>
<b>Hinder i vårdkulturen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att förbereda med kunskap</li><li>• Att arbeta med dokumentationsbrister</li></ul>
<b>Informationsöverföring</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att vara förberedd inför mötet</li><li>• Att vara en del eller inte vara del i en vårdkedja</li></ul>

### **Kunskap och kompetens**

Denna kategori innehåller tre underkategorier, *Att ha likvärdig kompetens* som beskriver hur avdelningen arbetar med särskilda informationssjuksköterskor, de situationer som kan uppstå och det utbildningsbehov som finns. *Vara överens om målet* handlar om att ge upprepad och samstämmig information i förhållande till situationen. *Att vara professionell* innehåller hur informanterna beskriver sina uppfattningar om den kompetens som sjuksköterskan bör ha.

### ***Att ha likvärdig kompetens***

Underkategorin att öka kompetensen beskriver svårigheterna med att nå ut med kunskap till alla sjuksköterskor. Informanterna beskrev att det hos sjuksköterskorna

på avdelningen fanns en kunskapsbrist och en osäkerhet om samtal om riskfaktorer och livsstilsförändringar. Denna kunskapsbrist och osäkerhet kunde leda till att en del patienter inte fick information och samtal eller att informationen till patienterna inte var enhetlig. Problemet uppstod när informanterna inte var i tjänst eller arbetade på avdelning när personalsituationen så krävde. Det var också en fråga om hur sjuksköterskan ser på sitt kompetensområde. I omvårdnaden av hjärt-kärlsjuka patienter ingår att samtala och informera om riskfaktorer och levnadsvanor. Samtliga informanter ansåg att det borde vara basalt i omvårdnaden av patienter på en hjärtsjukvårdsavdelning. Uppdraget att informera och samtala om riskfaktorer och levnadsvanor hade informanterna fått sig fördelat vissa dagar i veckan. Informanterna hade arbetat fram undervisningsmaterial till kollegorna. Målet var att alla sjuksköterskor på hjärtsjukvårdsavdelningen skulle få likvärdig kunskap och kunna ge enhetlig information till patienterna samt kunna ha en dialog om riskfaktorer och livsstilsförändringar.

*”Alla skall kunna detta att ha en dialog med patienten, det är en brist att så få kan ge patienten information med bästa kvalitet”*

Det fanns ett utbildningsbehov både på grundnivå och fördjupade kunskaper. Informanterna beskrev att de önskade fortbilda sig. Önskemål fanns om att få gå utbildning i nya rön och i motiverande samtal. De kunskaper de hade har de fått genom att lära av varandra, ett personligt engagemang och av eget intresse.

#### ***Att arbeta med gemensamt mål***

Att ge information vid rätt tillfälle upplevdes vara svårt. Informanternas erfarenhet var att patienterna var mest intresserade av den omedelbara behandlingen i den akuta sjukdomsfasen. Undervisning om sekundärprevention i tidigt skede precis efter infarkten upplevdes vara en komplex fråga. Komplexiteten bestod i att patienterna inte alltid var redo att ta ställning till riskfaktorer och ändrade levnadsvanor, patienterna kom inte alltid ihåg vad som sagts till dem. Korta vård och ledtider minskar tiden för patienterna att acceptera och lära om deras tillstånd. Informanterna var medvetna om problemet och försökte hantera det genom att informationen som gavs behövdes upprepas, för att säkerställa att patienterna förstått vad som sagts. När sjuksköterskan och patienten väl identifierat en livsstilsförändring att arbeta med var

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom  
det viktigt att den information som gavs skulle vara samstämmig, att alla runt  
patienterna arbetade med gemensamt mål.

*”Att identifiera vad som är viktigast, rökstoppet är kanske viktigast just nu, det  
är rätt mycket att arbeta med bara det, att man är överens om var man skall  
börja”*

### **Att vara professionell**

Arbeta på en hjärtsjukvårdavdelning innebär att möta och vårda människor med olika  
hjärtsjukdomar och försöka hjälpa dem att ändra levnadsvanor. Detta var ett viktigt  
men svårt arbete ansåg informanterna, det innebar att arbeta med lyhördhet och  
kompetens.

För att kunna lyckas behövs det kunskap och kompetens för att lyssna på patienten  
och tillsammans identifiera mål, resurser och motivera till livsstilsförändringar.  
Informanterna ansåg att sjuksköterskans professionella sekundärpreventiva arbete  
kunde bidra till att minska risken för återinsjuknande och återinläggningar.

I sitt arbete hade de erfarenheter av många samtal och gjorde reflektionen över  
behovet av att veta vad som hänt och vad som ska ske i framtiden kunde skilja sig åt  
mycket mellan olika individer. Sakinnehållet fick anpassas efter rådande situation.

*”det är viktigt att när man har samtalen med patienten att man utgår från vad  
vill patienten, patientens behov av att veta, det kan skilja sig väldigt mycket, en  
del vill inte veta någonting om själva infarkten eller.. ja det är olika och en del  
vill veta precis i molekylnivå vad som händer , det är väldigt olika vad de har  
för behov och vad de vill veta, deras frågor och hur de känner.....”*

### **Det goda mötet**

I kategorin det goda mötet finns underkategorierna *Att lyckas eller inte lyckas med  
samtalet* och *att plantera inför framtiden* som beskriver hur informanterna upplever  
samtal och möten med patienterna.

### **Att lyckats eller inte lyckas med samtalet**

Samtliga informanter uttryckte stolthet över sitt arbete. Samtal där de kände att de  
nått fram fyllde dem med energi och glädje, medan andra samtal som inte varit bra  
kunde kännas som misslyckande. Samtal som resulterade i ömsesidighet kändes som  
lyckade. Ett ömsesidigt samtal kunde se olika ut, i idealfallet blev det en diskussion,

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom de strävade efter en tvåvägskommunikation, det blev ett samtal där patienten tog plats och gjorde sig delaktig. I vissa fall blev mötena inte bra, informanterna kunde möta patienter som av någon anledning inte var redo för information, just där och då. Det blev en envägskommunikation utan någon dialog med patienten. De samtalen upplevdes av informanterna som att de gav generell undervisning om riskfaktorer,

*”Ibland kan ju de här samtalen, de blir inte samtal utan jag lämnar den här informationen till dig för vi kommer inte nära varandra”*

Till sin hjälp i samtal om livsstilsförändringar använde de en riskfaktoranalys som ett verktyg för patienten att själva komma underfund med sina riskfaktorer och de förändringar i levnadsvanor som de ville arbeta med, Informanterna tyckte att riskfaktoranalysen var ett bra redskap att samtala kring.

*”Att de själva kommer underfund med vad dom vill eller kan ändra på i sina liv, att det kommer från dom själva, det kommer inte som en pekpinne från sjukvården”*

Genom möjligheten att kunna genomföra samtal i lugn och ro upplevde informanterna att de fick speciellt god kontakt med patienten och att patienterna kände sig bekräftade. Fördelen med att organisera arbetet med speciella informationssjuksköterskor var att slippa tidsbristen, de kunde låta samtalet ta den tid som behövdes, det var patientens behov som styrde, inte sjuksköterskans tid. Informanterna beskrev även nackdelar med detta arbetssätt var att när informationssjuksköterskan inte var i tjänst kunde patienterna bli utan information och samtal om livsstilsförändringar.

### ***Att plantera in för framtiden***

Det fanns en optimism i informanternas sätt att se på sitt arbete trots att inte alla samtal blev bra så hade något positiv kommit ut av samtalet. Informanterna var övertygade om att någon slags medvetenhet hos patienten hade väckts och något av informationen hade uppfattats och kunde vara patienten till gagn lägre fram.

*”Även om de inte känner med en gång att det här behöver jag ändra på, så sår du ändå ett frö som man går och grunnar på och till slut någon dag så tar man tag i det, kanske”*

### **Hinder i vårdkulturen**

Denna kategori har underkategorierna *Att förbereda patienten med kunskap* och *att arbeta med kommunikationsbrister*.

#### ***Att förbereda med kunskap***

Informanterna beskrev hur de ansåg att information och undervisning skulle kunna införlivas som en del i omvårdnaden genom att alla tog vara på de tillfällen som fanns i det patientnära omvårdnadsarbetet. Små tillfällen när man kunde prata lite, det behövde inte ta så mycket tid från annat arbete om man försökte väva in det som en självklar del omvårdnaden.

Det fanns önskemål om att arbetet med information och undervisning skulle vara mer strukturerat och att all personal hade ansvar för att patienten blev delaktig och informerad. Detta arbete skulle starta så snart patienten kom in på hjärtavdelningen.

*”Skulle önska att man börjar informera redan när patienten kommer in, så att han/hon hinner tänka och fundera lite, är lite förberedda, då är det lättare att det blir patientens mål, frågor och funderingar och inte det som jag tycker du behöver veta”*

#### ***Att arbeta med dokumentationsbrister***

Det fanns brister i kommunikationen mellan personalkategorier och i teamet, informanterna beskrev olika situationer där brister i dokumentationen blev till hinder i deras arbete. De saknade anteckningar om vad läkaren hade berättat för patienten. De anteckningar som fanns upplevdes av informanterna mest handla om mätbara data. Sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv kontra det naturvetenskapligt sjukdomsorienterande perspektivet

När sjuksköterskan inte kunde finna dokumentation i journalen om vad för information patienten fått innan, fick hon helt enkelt fråga patienten.

*”Ibland får man fråga lite försiktigt ”vet du varför du är här och vad har doktorn sagt?” för man vet inte riktigt vad patienten fått för information”*

### **Informationsöverföring**

Kategorin informationsöverföring innehåller underkategorierna *Att vara förberedd inför mötet* och *Att vara en del eller inte vara en del i en vårdkedja* som beskriver hur viktigt informanterna tyckte det var att vara påläst och förberedd inför samtalet med

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom patienten och hur olika de såg på och hade reflekterat över att vara en del i en vårdkedja.

***Att vara förberedd inför mötet***

Att arbeta som informationssjuksköterska innebär att samtala med patienter som hon/han kanske inte träffat tidigare, det första mötet och informationen som omvårdnadsansvarig sjuksköterska får vid ankomstsamtalet har gått förlorat. Att förbereda sig inför samtalet med att läsa igenom journalen med ankomstsamtal där en del frågor om levnadsvanor ingår och övriga anteckningar var viktigt både för att få information om patienten och visa sitt intresse.

*”ja ibland kan det vara det.. så det kan jag tycka känns lite svårt, man har inte någon koll på hur patienten är riktigt, vi är alla olika, det är inte alla som bara kan sätta sig med en helt okänd och börja diskutera t.ex. sexlivet eller vad man nu behöver prata om, det kan vara om precis vad som helst”*

Fördelarna med att ha informationssjuksköterskor på avdelningen var att de kunde låta samtalet ta den tid som patienten behövde. Tidigare hade varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvaret att ge information till patienterna, vilket kunde resultera i att samtalet skedde under tidspress, det var något som skulle levereras innan arbetspasset var slut.

*”Fördelen med att ha det som nu är att man slipper den här tidsbristen, man har inga andra arbetsuppgifter och det känner patienten. även om jag försöker att inte vara stressad så syns det att man tänker på vad jag skall göra sedan”*

***Att vara en del eller inte vara en del i en vårdkedja***

När fokusgruppintervjun kom in på frågan hur sjuksköterskorna arbetade med informationsöverföring framkom det att det inte var något som de arbetade strukturerat med. Att sjuksköterskan skulle kunna skriva en remiss eller att en personlig plan med livsstilsförändringar för patienten de haft informationssamtal med kunde skickas till nästa instans i vårdkedjan var inte något de arbetade med och de kände sig osäkra om någon verkligen skulle använda sig av det. Informanterna uttryckte sig att om informationen de skulle skicka verkligen följdes upp i nästa del i vårdkedjan så kunde de tänka sig att arbeta mer strukturerat med det och de kunde se möjligheter som öppnade sig.

Eva-Lena Andersson

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom

*”Det låter väldigt bra då har ju patienten också förhoppningsvis godkänt den och kommer den med till uppföljande besök kan man fortsätta jobba utifrån de mål patienten satt upp för sig själv”*

Det fanns bland informanterna reflektioner över nyttan med informationsöverföring.

*”Jo man tänker ofta att det är synd att det som gjorts och det som sagts inte kommer vidare”*

Det var inte alltid självklart att se sitt arbete på akutvårdsavdelning som en del av en vårdkedja och att överföring av information om det arbete som påbörjats där skulle gagna kontinuiteten.

*”Men jag tänker att då har vi gjort vår del och sen kanske den här chockfasen lagt sig lite och man kan lättare se vad deras problem är, vi informerar sedan kommer dom till mottagningen och är det några problem så sköter dom det, det är inte så mycket jag tänkt att vi...”*

Det fanns också de informanter som ansåg att arbetet på akutvårdsavdelningen är ett första led i en vårdkedja. Det var viktigt att arbeta med att förbättra informationsöverföringen, här fanns en medvetenhet om ett glapp mellan de olika vårdinstanserna och att det behövdes omsorgsfull utskrivningsplanering och uppföljning som följde patienten genom hela vårdkedjan

*”Vi kan inte göra så mycket när patienten väl lämnat oss så då gäller det att man skrivit det i planen så har man ändå startat upp det och då kan man följa upp det”*

Det fanns även organisationsbrister som kunde resultera i att patienterna inte fick det återbesök som hör till sjukhusets rutiner för patienter med kranskärlssjukdom. Det kunde glömmas bort att boka in patienterna på återbesök till sjuksköterska ca två veckor efter utskrivning, detta upptäcktes oftast vid uppföljning för SEPHIA-registret sex till tio veckor efter utskrivning. (Sekundärprevention efter hjärtintensivvård som är en del i det nationella hjärtintensivvårdsregistret RIKS-HIA)

*”Så ibland blir det fel, när det glöms bort att lägga upp patienterna i bokningssystemet då får de inte något återbesök till sjuksköterska alls, då sätts de bara upp på ett läkarbesök och det tar lång tid innan de får det”*



## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Fokusgrupp**

Fokusgruppintervju valdes som metod då detta förväntades ge ett bra svar på syftet. Kombinationen av ämnesfokus och gruppinteraktion gör metoden väl lämpad för att producera empiriska data som säger något om betydelsebildningar i grupper och som belyser normer för gruppers praktiker och tolkningar (50).

En fördel med fokusgrupper är den sociala interaktionen, de olika deltagarnas jämförelser av erfarenheter och förståelser producerar ofta komplexiteter som är svåra att få fram i individuella intervjuer (50). Deltagarna har erfarenheter och förståelser utifrån en kontextuell förförståelse som man inte har som forskare (50). En nackdel kan vara att den sociala kontrollen i fokusgrupp kan hindra att alla olikheter i erfarenheter och perspektiv kommer fram. Det finns också en risk att moderatorns eller forskargruppens föreställningar och förförståelse fortplantas till gruppen vilket då kan reproduceras genom de data som samlas in (51). Fokusgrupp kombineras vanligtvis med andra metoder för att förbättra metoderna med hjälp av varandra (50). Man kan även använda sig av både individuella intervjuer och fokusgrupper vid insamling av empiriska data (50).

Svårigheten var att hitta en gemensam tidpunkt för fokusgruppintervjun då arbetstider och familjesituation spelade in. Tre sjuksköterskor som vid tillfället arbetade dagtid på enheten kunde delta. För att få tillgång till fler informanter som kunde bidra till att generera ny kunskap och förståelse valde forskaren även att genomföra en enskild intervju med en person på samma vårdavdelning, denna intervju genomfördes också enskilt med samma intervjuguide som vid fokusgruppintervjun.

Intervjuerna inleddes med en bred beskrivande fråga som sedan följdes av en värderande fråga för att slutligen gå över i ett antal nyckelfrågor, avslutningsvis avrundas intervjuerna med avslutningsfråga (51)

#### **Kvalitativ innehållsanalys**

Föreliggande intervjuer, är vald analysenhet, de är tillräckligt stora för att utgöra en helhet och tillräckligt små för att hanteras i analysprocessen (54).

Analysen startade med att texten lästes igenom flera gånger med öppet sinne för att kunna fånga helheten och reflektera över textens huvudsakliga innehåll (54). Frågor som ställdes till materialet var vad handlar detta om och vad står ut, det är en kreativ process där man letar i materialet efter det som är intressant och spännande (54). Texten delades därefter in i de nyckelfrågor som användes i intervjun, delar av texten som handlar om ett specifikt område och utgör en grov struktur som är möjlig att identifiera med låg grad av tolkning (54). Ur textmassan valdes fraser och meningar som ansågs relevanta för syftet och frågeställningen, dessa blir till meningsbärande enheter som skall ha relation till varandra genom innehåll och kontext. De meningsbärande enheterna kondenserades ner, abstraherades och benämndes med koder. En kod skall komma fram ur texten och förstås i relation till sammanhanget (53). Koderna jämfördes med avseende på likheter och skillnader och sorterades under preliminära kategorier. Koder som hade ett liknande innehåll delades in i underkategorier och vidare till kategorier (53). De skapade kategorierna skall vara ingående och ömsesidigt uteslutande av varandra, innehållet skall vara närbesläktat, internt homogent och skilja sig från innehållet i andra kategorier, externt heterogent (53). Benämningen av en kategori svarar på frågan ”Vad” och relaterar till innehållet på en beskrivande nivå (54).

Analysen var inte en linjär process utan gick fram och tillbaka i texten. Texten är kontextbunden och bör ses i sitt sammanhang, tolkningen av berättelserna bör göras med tanke på intervjupersonernas historia, rådande kultur och livsvillkor(54). Man bör dessutom vara medveten om att forskaren blir medskapare av texten genom att stimulera berättandet (54).

Forskaren har liten erfarenhet av att analysera texter, så vissa brister finns, resultatet kan därför ha påverkats av bristande erfarenhet. Styrkan i resultatet är att forskaren har viss erfarenhet av att intervjua och själv transkriberat texten samt att analysen har diskuterats med handledaren. Genom pilotstudien har forskaren fått erfarenhet av metod och genomgått en inlärningsprocess som ger en styrka i kommande större studie. Att arbeta med fokusgrupper är mycket arbetsintensivt och kvalitativa data är tidskrävande att bearbeta grundligt

I detta arbete gjordes en fokusgruppsintervju med tre informanter och en enskild intervju, nackdelen kan vara att resultatet kunde bli bättre om fler fokusgrupper hade

använts, eller att antalet informanter i den genomförda fokusgruppintervjun hade varit större. För att förstärka giltigheten i studien lades citat från informanterna in i resultatredovisningen. Även noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och kontext kan stärka studiens trovärdighet (56). Samtliga informanter hade erfarenhet av sekundärpreventiva samtal och var intresserade av ämnet. Utan stöd från ytterligare forskning kan det vara svårt att med säkerhet säga att resultatet har evidens och går att överföra generellt som kunskap om sjuksköterskor sekundärpreventiva arbeten på en hjärtsjukvårdsavdelning (57).

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet framkommer fyra kategorier som svarar på syftet att få kunskap om sjuksköterskors arbete med sekundärprevention i form av information och samtal om riskfaktorer, levnadsvanor och livsstilsförändringar på en hjärtsjukvårdsavdelning samt hur de förhåller sig till att vara en del av en vårdkedja. I pilotstudien framkom det både positiva och negativa aspekter på hur informanterna upplevde arbetet som informationssjuksköterskor. Det framkommer också att samtliga informanter ansåg att det är en mycket viktig del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete på en hjärtsjukvårdsavdelning att kunna samtala och informera om riskfaktorer och livsstilsförändringar i sekundärpreventivt syfte. Det var också en fråga om hur sjuksköterskan ser på sitt kompetensområde. Centralt i resultatet är det krävs strukturer som ger förutsättningar för sjuksköterskans att arbeta med hälsofrämjande omvårdnad på individ och på organisationsnivå.

Meleis anser utifrån sin transitionsteori (33) att förändringar i hälsa och sjukdom hos människor skapar en övergång, en process som går från ett tillstånd till ett annat. Sjuksköterskan har enligt Meleis en viktig roll i att hjälpa patienten och de anhöriga i den processen vilket kan ske genom samtal i syfte att påverka, stödja och involvera patienter och anhöriga i processen de genomgår efter att drabbats av sjukdom (33).

Informanterna var tydliga med att arbetet med sekundärprevention innebar att arbeta med gemensamt mål samstämmig och upprepad information. Socialstyrelsen påpekar i Nationella riktlinjer om hjärtsjukvård (14) att informationen måste fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp under hela vårdprocessen (14).

Att arbeta med lyhördhet och tillsammans med patienten identifiera mål, resurser och motivera till livsstilsförändringar så att patienten uppfattar dialogen som en värdefull

hjälp och inte som en pekpinne från vården kräver kunskap och kompetens var något sjuksköterskorna eftersträvade.

Sahlsten et al visar i en review (26) att empiriskt uppstår begreppet patientdelaktighet när: Sjuksköterskan visar genuint intresse och empati för personen och tillbringar tid tillsammans med honom eller henne så att de kan lära känna varandra (26).

Sjuksköterskan uppmuntrar och stöder patienten att ta ansvar och kontroll genom att ge alternativ för att välja och bestämma (26). Sjuksköterskan ger information och kunskap anpassas till individens behov och lyssnar aktivt. Dialogen fortsätter tills ett utbyte av information är komplett och båda parter är överens(26). Sjuksköterskan aktiverar och stöder patientens samarbete anpassat till hans eller hennes förmåga, i planering, genomförande, och utvärdering av omvårdnaden (26).

Det goda mötet informanterna beskrev som idealfall kan liknas vid personcentrerat synsätt, forskning om personcentrerad vård anger att i en emotionell relation och i ett empatiskt förhållningssätt tar personcentrerad vård hänsyn till patientens uppfattning av relevansen och styrkan i de interventioner som erbjuds. Det finns en överenskommelse och att patienten håller med om målet med behandlingen (25). Ett partnerskap mellan likvärdiga parter innebär bl.a. delande av information, gemensam överläggning och delat beslutsfattande (28).

Att kommunikation inte är helt lätt visar en studie av interaktionen mellan sjuksköterska och patient (63). Svårigheten ligger i att se personens situation, sjuksköterskan applicerade sin egen generella kunskap baserad på forskning och erfarenhet istället för situationen här och nu. Effektiva samtal var svåra att få till därför att personerna i kommunikationen cirkulerade omkring med mer eller mindre vaga problem. Invitationer till att diskutera problem, rädslor och bekymmer var ofta ofokuserade så ämnet skilde sig åt från vad som var intentionen i samtalet. De flesta aktiviteter var främst sjukdomsorienterade och centrerade på patientens symptom, samt på resultat av tester och behandling, istället för att ha en livsorienterande inställning och fokusera på den speciella patientens reaktion på sin sjukdom i det dagliga livet (63).

Även att samtalet ägt rum vid en för patienten olämplig tidpunkt kunde vara en orsak till att samtalet upplevdes som misslyckat trodde informanterna. Kilonzo och O'Connell (39) fann att patienterna rankade information om sjukdomen och den

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom omedelbara behandlingen i den akuta fasen som viktigast, därefter var det planering av uppföljning efter utskrivning (39).

Samtal som inte blev optimala kunde ändå de vara till stöd längre fram i tiden om patienten då ville ändra någon levnadsvana. Meleis (33) anser att i samtalet har sjuksköterskan möjlighet att förbereda patienterna med kunskap och stödja deras upplevelse av framtidstro, hopp och motivation som kan starta en positiv process när patienten utveckla nya färdigheter och strategier under övergångsprocessen (33). Miljön på avdelningen var inte optimal för enskilda samtal, om det inte fanns något ledigt rum fick samtalen ske där det fanns plats till exempel ett dagrum eller någon avsides plats

Forskning visar på att de problem många patienter upplever i form av osäkerhet, rädsla, ångest och depression förknippas ofta med brist på kunskaper om hjärtsjukdomen (64). Enligt Meleis är det en grundläggande uppgift i sjuksköterskans omvårdnadsarbete att hjälpa patienten att klara övergången från frisk till kronisk sjukdom, att drabbas av sjukdom gör att man känner sig osäker, förvirrad och sårbar, det tar tid att anpassa sig till det nya (33).

Att förbereda med kunskap innebar för informanterna ett strukturerat och målmedvetet arbetssätt där all personal som fanns runt patienten gemensamt arbetade mot att information och undervisning införlivades i den patientnära omvårdnaden och att patienten i ett tidigt skede fick den informationsbok om akut kranskärlssjukdom som hade arbetats fram på enheten. Ett samtal med en förberedd patient upplevdes mer givande, det blev patientens frågor och funderingar som diskuterades och inte bara det som sjuksköterskan tyckte patienten behövde veta.

Patienter som uttryckte egna mål i en vårdplan har visat sig vara effektivt för att förbättra livskvaliteten, särskilt hos patienter med komplexa vårdbehov med återkommande sjukhusvistelser (65). Patientens uppfattning av relevansen med att sätta upp mål och deras autonomi i den processen blir ett verktyg för att kunna identifiera, definiera och prioritera mål (29).

Önskemål fanns att det skulle finnas en dokumenterad plan som kunde utvärderas och följas upp under vårdtiden. Ekman et al (66) har visat att dokumentation av patientens

Sjuksköterskans preventiva arbete med patienter som har hjärt-kärlsjukdom resurser, mål och motivation samt dennes deltagande i gemensamma beslutsfattandet ger öppenhet, struktur och underlag för att utvärdera resultat av vårdåtgärder (66).

Det fanns hos informanterna inte någon uttalad medvetenhet eller uppfattning av att vara ett första led i en vårdkedja för patienter med akut kranskärlssjukdom. När frågan om informationsöverföring till nästa instans i vårdkedjan kom upp till diskussion förkom olika uppfattningar. Alla var överens om att arbetet som påbörjades på avdelningen kunde utgöra en grund i den uppföljande vården. Medvetenheten om att det finns brister i vårdkedjan form av kontinuitet och informationsöverföringar (17, 22) var inte uttalad bland de intervjuade sjuksköterskorna, det var inte något de reflekterat över i sitt arbete. Det fanns en informant som var medvetenhet om brister i utskrivningsrutiner och att information kommer inte vidare till nästa instans i vårdkedjan. Informanten såg det som ett viktigt förbättringsarbete att påbörja en process i slutenvården som följs upp under det uppföljande besöket på öppenvårdmottagningen för att slutligen överlämnas till primärvården. Överlämning från sjukhus till öppenvård och primärvård i form av remisshantering och journaldokumentation innehåller idag flera brister (22). Forskning har visat på att övergångsprocessen för en person som drabbats av kronisk sjukdom ofta innebär flertal övergångar i vårdkedjan, vårdtiderna är korta och patienterna kan ha svårt att hinna ta till sig nödvändig information (43, 48). Ett annat hinder för en sammanhängande vårdkedja kan vara en rådande föreställning att sjuksköterskor inte har som uppgift att skicka remisser eller vårdplaner utan det idag anses vara läkarens ansvar.

Korta vårdtider ställer stora krav på information och undervisning om livsstilsförändringar i sekundärpreventivt syfte. Omsorgsfull utskrivningsplanering och uppföljning i vårdkedjan är viktigt för att möta patienternas behov av symtomlindring och livsstilsförändringar (39). Neubeck et al rapporterar att ett stort antal patienter inte kunde påminna sig att de fått information om sekundärprevention under vårdtiden på sjukhus. Av dem som hade fått information hade många inte helt förstått syftet med den och vissa patienter uteslöts från hjärtrehabilitering på grund av dålig kommunikation mellan sjukhuset och primärvården, vilket kunde innebära långa förseningar i erbjudandet om plats i rehabiliteringsgrupper (43) Omvårdnadsdokumentation som sammanfattar det sekundärpreventiva samtalet och den information patienten fått under vårdtillfället och som följer patienten i

vårdkedjan är absolut förutsättning för att föra över information till nästa vårdgivare (2, 22, 37, 48, 67).

## **SLUTSATS**

För att sjuksköterskor ska kunna bli skickliga i att motivera och stödja personer som vill göra en livsstilsförändring krävs både utbildning och träning. Det är en fråga hur vården ska organiseras men även en fråga på professions och individnivå. Det krävs strukturella förutsättningar för vårdarbetet och rutiner för uppföljning. Sjuksköterskan hälsofrämjande arbete bygger på personcentrerad interaktion med information och utbildning i dialogform. Sjuksköterskors sekundärpreventiva omvårdnad behöver synliggöras och uppmärksammas i det patientnära arbetet, i omvårdnadsdokumentation samt i uppföljning i hela vårdkedjan.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

- Stöd, verktyg och resurser behöver identifieras för att stärka sjuksköterskans möjlighet att arbeta med sekundärprevention i en sammanhållen vårdkedja samt utveckla sjuksköterskans kunskaper om hälsofrämjande omvårdnad och sjukdomsförebyggande metoder.
- När en vårdgivare lämnar över till nästa måste de mål som satts upp och de samtal som förts om livsstilsförändringar underhållas och fortsätta för att ett framgångsrikt arbete med riskfaktorer kan ske.
- Det krävs god dokumentation och omsorgsfull samordning av vård och stöd under sjukhusvistelsen, vid övergången till öppenvården och till primärvården

## **Studiens betydelse**

Resultatet från studien kan bidra till att uppmärksamma sjuksköterskors möjligheter att arbeta med sekundärprevention i en sammanhängande vårdkedja. Studien kan även bidra med till att sprida kunskap om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2). Ytterligare forskning med en fullskalig studie behövs för att kunna få kunskap om sjuksköterskors sekundärpreventiva samtal som sjukdomsförebyggande omvårdnad.

## REFERENSER

1. Andersson E-L. Sjuksköterskans roll i patientcentrerad vård, Kommunikation, delat beslutsfattande och patientundervisning. [Student essay] 2009 [cited 2012 April, 20]; Available from: <http://hdl.handle.net/2077/29150>.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 [cited 2012 January, 27]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>.
3. Hallberg LRM. Hälsa och livsstil : forskning och praktiska tillämpningar. Lund: Studentlitteratur; 2010.
4. WHO. Global Recommendations on Physical activity for Health. World Health Organisation; 2010 [cited 2011 December, 7]; Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html).
5. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) Fact sheet No 317. 2011; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
6. Socialstyrelsen. Checklista - vid införande av nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder på landstings, region och kommunnivå. Stockholm 2011 [cited 2012 January, 27]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/checklista-sjukdomsforebyggande.pdf>.
7. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005 [cited 2011 December, 21]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder. Vetenskapligt underlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 [cited 2012 February, 24]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/vetenskapligt-underlag-sjukdomsforebyggande.pdf>.
9. Persson S, Engqvist J. Kardiologi : hjärtsjukdomar hos vuxna. Lund: Studentlitteratur; 2003.
10. Socialstyrelsen. Kranskärlssjukdomar - vetenskapligt underlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008 [cited 2012 February, 6]; Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8588/2008-102-3\\_20081023\\_rev\\_1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8588/2008-102-3_20081023_rev_1.pdf).
11. Wallentin L. Akut kranskärlssjukdom. Stockholm: Liber; 2005.
12. Dudas K, Lappas G, Rosengren A. Long-term prognosis after hospital admission for acute myocardial infarction from 1987 to 2006. *Int J Cardiol.* 2012 Mar 22;155(3):400-5.
13. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [cited 2012 January, 27]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-102-7>.
15. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.



16. Björck L. Impact of Risk Factors and Treatment in Coronary Heart Disease [Doctoral thesis]. Gothenburg: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy; 2008.
17. SWEDEHEART. Årsrapport SWEDEHEART 2010. Stockholm: SWEDEHEART RIKS-HIA, SCAAR, SEPHIA och Svenska Hjärtkirurgregistret som ett register; 2010 [cited 2012 April , 16]; Available from: <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/arsrapporter>.
18. Lungfonden H-o. Hjärtrapporten 2011. Srockholm2011 [cited 2012 April , 13]; Available from: [http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Press/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten\\_2011.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Press/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten_2011.pdf).
19. Östman A. Omhändertagande vid kranskärlsmottagning. Vårdalinstitutet; 2010 [cited 2012 Februay, 29]; Available from: [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net).
20. Nationalencyklopedin. Malmö: NE Nationalencyklopedin AB; 2012 [cited 2012 April , 12]; Available from: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/>.
21. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [cited 2012 April, 11]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/nationellaindikatorerforgodvard>.
22. Socialstyrelsen. Informationsöverföring och kommunikation.. 2009 [cited 2012 April , 16]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>.
23. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care. *Annals of Internal Medicine*. [Article]. 2012;157(6):417-28.
24. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008 Dec;20(12):600-7.
25. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087-110.
26. Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Plos KAE. An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*. 2008 Jan-Mar;43(1):2-11.
27. Säljö R. Institutionella språk och samtal om hälsa - information, kommunikation och samarbete i vården. In: Hansson Scherman M, Runesson U, editors. *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
28. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011 Dec;10(4):248-51.
29. Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 Jun;78(6):576-80.
30. Pilhammar Andersson E. Centrala begrepp av betydelse för patientundervisning. In: sjuksköterskeförening S, editor. *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.
31. Engström L, Petersen KA. Teorier och teoretiska referensramar i patientundervisning. In: sjuksköterskeförening S, editor. *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.
32. Hansson Scherman M, Friberg F. Patienten gör inte som vi vill. In: Hansson Scherman M, editor. *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 15-38.

33. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messiah DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Sep;23(1):12-28.
34. Nyberg R. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
35. Irmak Z, Fesci H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Applied Nursing Research*. 2010;23(3):147-52.
36. Buchanan L, Likness S. Evidence-based practice to assist women in hospital settings to quit smoking and reduce cardiovascular disease risk. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008;23(5):397-406.
37. Dedoncker A, Lejeune C, Dupont C, Antoine D, Laurent Y, Casillas J-M, et al. Nurse-Led Educative Consultation Setting Personalized Tertiary Prevention Goals After Cardiovascular Rehabilitation: Evaluation of Patient Satisfaction and Long-Term Effects. *Rehabilitation Nursing*. 2012;37(3):105-13.
38. Voogdt-Pruis HR, Gorgels AP, van Ree JW, van Hoef EF, Beusmans GH. Patient perceptions of nurse-delivered cardiovascular prevention: cross-sectional survey within a randomised trial. *Int J Nurs Stud*. 2010 Oct;47(10):1237-44.
39. Kilonzo B, O'Connell R. Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(7-8):1160-7.
40. Arnetz JE, Winblad U, Höglund AT, Lindahl B, Spångberg K, Wallentin L, et al. Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study. *Health Expectations*. 2010;13(3):298-311.
41. Blokstra A, van Dis I, Verschuren WM. Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012 Mar;11(1):97-104.
42. Berra K. Challenges of changing lifestyle to reduce risk for cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 May-Jun;25(3):223-7.
43. Neubeck L, Freedman SB, Clark AM, Briffa T, Bauman A, Redfern J. Participating in cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Jun;19(3):494-503.
44. Riley DL, Krepostman S, Stewart DE, Suskin N, Arthur HM, Grace SL. A mixed methods study of continuity of care from cardiac rehabilitation to primary care physicians. *Canadian Journal of Cardiology*. 2009;25(6):e187-e92.
45. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstien M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr;79(1):69-76.
46. McLachlan A, Kerr A, Lee M, Dalbeth N. Nurse-led cardiovascular disease risk management intervention for patients with gout. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011 Jun;10(2):94-100.
47. Sol BG, van der Graaf Y, van Petersen R, Visseren FL. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011 Sep;10(3):180-6.
48. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006 Sep 25;166(17):1822-8.
49. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
50. Halkier B, Torhell S-E. *Fokusgrupper*. Malmö: Liber; 2010.
51. Wibeck V. *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur; 2010.

52. Vetenskapsrådet. God forskningssed. Stockholm2011 [cited 2012 April , 17]; Available from: [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/2011\\_01.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf).
53. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
54. Lundman B, Hällgren-Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. In: Granskär I M, Höglund-Nielsen B, editors. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.
55. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
56. Svensson P-G. Förståelse, trovärdighet eller validitet? In: Svensson P-G, Starrin B, editors. Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 1996.
57. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
58. CODEX. Regler och riktlinjer för forskning - Forskning som involverar människor. Vetenskapsrådet; [cited 2012 September , 12]; Available from: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>.
59. Vetenskapsrådet. God forskningssed. 2011 [cited 2012 April,17]; Available from: [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/2011\\_01.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf).
60. riksdag S. Personuppgiftslag (1998:204). Stockholm: Svensk författningssamling; 1998 [cited 2012 November, 12]; Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204/?bet=1998:204](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/?bet=1998:204).
61. riksdag S. Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Stockholm1994 [cited 2012 December , 12]; Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19941219-om-den-europei\\_sfs-1994-1219/?bet=1994:1219](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19941219-om-den-europei_sfs-1994-1219/?bet=1994:1219).
62. riksdag S. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Stockholm2003 [cited 2012 December , 12]; Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/?bet=2003:460](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460).
63. Zoffmann V, Harder I, Kirkevold M. A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qual Health Res*. 2008 May;18(5):670-85.
64. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Young L. Patient recovery and transitions after hospitalization for acute cardiac events: an integrative review. *J Cardiovasc Nurs*. 2012 Mar;27(2):175-91.
65. Battersby M, Harvey P, Mills PD, Kalucy E, Pols RG, Frith PA, et al. SA HealthPlus: a controlled trial of a statewide application of a generic model of chronic illness care. *Milbank Q*. 2007;85(1):37-67.
66. Ekman I, Wolf A, Olsson L-E, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*. 2011 September 15, 2011.
67. McLachlan A, Dalbeth N, Lee M, Kerr AJ. Assessment of a Nurse-led Cardiovascular Disease Risk Management Intervention For Patients With Gout. *Heart, Lung and Circulation*. 2009;18, Supplement 2(0):S23-S4.



## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

### Bakgrund

Promotion av hälsa och prevention av ohälsa är en av många viktiga uppgifter för hälso och sjukvården. Sekundärprevention efter akut kranskärlssjukdom innebär åtgärder för att både på kort och lång sikt minska död, återinsjuknande och fortsatt sjukdomsprocess. Ett stort antal sekundärpreventiva åtgärder har visat sig effektiva för att förhindra sjukdomsutveckling, åtgärder som påverkar livsstilsfaktorer i positiv riktning är viktiga i den förebyggande vården, levnadsvanor som tobaksbruk, fysisk aktivitet, matvanor och alkoholvanor bör kartläggas och dokumenteras i samband med att patienten kommer i kontakt med sjukvården, det preventiva arbetet är hälso och sjukvårdens ansvar och skall pågå i hela vårdkedjan. Preventiva åtgärder har fått hög prioritering i Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård” från 2008. Sjuksköterskors arbete med sekundärpreventivt arbete på akutvårdsavdelning är inte så väl studerat. Därför är jag intresserad av att studera detta område.

### Syfte

Syftet med studien är att få kunskap om sjuksköterskors aktiviteter/arbete med sekundärprevention bland sjukhusvårdade patienter med akut kranskärlssjukdom och hur de förhåller sig till att vara en del i vårdkedjan.

### Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras på Östra sjukhuset. Kontakt har tagits med vårdenhetschef på din avdelning. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som sjuksköterska på hjärtsjukvårdsavdelning och har erfarenhet av sekundärpreventiva samtal med patienter med hjärtkärlsjukdom

### Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer författaren att göra en fokusgruppintervju med 3-5 deltagare, alla sjuksköterskor på avd. 357, den beräknas ta ca 60 min. Intervjun planeras att ske på enskild plats på sjukhuset. Intervjun kommer att spelas in elektroniskt och därefter skrivas ner och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs universitet.

### Finns det några risker med att delta?

Min ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien- En möjlig risk är att vi kommer in på områden i din yrkesutövning som du upplever som känsliga, fokusgruppintervju sker i grupp tillsammans med andra. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

### **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett större perspektiv kan studien bidra med att uppmärksamma sjuksköterskors möjligheter att arbeta med sekundärprevention i en sammanhållen vårdkedja.

### **Hantering av data och sekretess**

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig kommer åt materialet. Ljudfil och utskrifter arkiveras på institutionen i 10 år.

### **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet utan att förklara varför.

### **Hur får du del i studiens resultat?**

Om du önskar ta del i studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

### **Ansvariga för studien**

Spec. sjuksköterska  
Eva-Lena Andersson  
Tfn 031-343 53 78  
[eva-lena.k.andersson@vgregion.se](mailto:eva-lena.k.andersson@vgregion.se)

Handledare  
Med.dr. Kerstin Dudas  
Tfn 031-343 53 87  
[kerstin.dudas@gu.se](mailto:kerstin.dudas@gu.se)