

# C-uppsats i Omvårdnad

## **Patientundervisning på vetenskaplig grund**

**Hur evidensbaserad omvårdnad skall förmedlas till patienten**

<b>FÖRFATTARE</b>	Anne Ragnarson
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete I, VOM080 VT 2007
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Marianne Gustafsson
<b>EXAMINATOR</b>	Helle Wijk

Titel (svensk):	Patientundervisning på vetenskaplig grund Hur evidensbaserad omvårdnad skall förmedlas till patienten
Titel (engelsk):	Patient education on scientific base How to perform evidence based nursing to the patient
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I / VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18 sidor (sid 4-21)
Författare:	Anne Ragnarson e-post: <a href="mailto:anne.ragnarson@vgregion.se">anne.ragnarson@vgregion.se</a>
Handledare:	Marianne Gustafsson
Examinator:	Helle Wijk

## **ABSTRAKT**

### **Introduktion**

Patientinformation/patientundervisning är viktigt för att patienten ska kunna tillgodogöra sig vården på bästa sätt. Ett evidensbaserat arbetssätt är idag en nödvändighet/viktig del av svensk sjukvård, men för att patientinformationen ska fungera optimalt är det viktigt att även sättet den förmedlas på vilar på en evidensbaserad grund.

### **Syfte**

Syftet med föreliggande arbete var att utifrån Patricia Benners domän om sjuksköterskans undervisande och vägledande funktion, studera hur förmedling av evidensbaserad omvårdnad till patienten är beskriven i litteraturen.

### **Metod**

Litteraturstudie som grundar sig på tio vetenskapliga artiklar. Alla artiklar hade som grund ett evidensbaserat omvårdnadsperspektiv, och artiklarna har analyserats då det gällde patientinformation/patientundervisning utifrån en av Benners sju domäner, den som handlade om den undervisande och vägledande funktionen.

### **Resultat**

Delaktighet, leder till förståelse och är en förutsättning för att individen skall kunna ta till sig information och undervisning. Undervisningen skall vara en process. Skriftlig information bör kompletteras med muntlig. Det är av största vikt att individen själv lär sig att förstå sina egna symtom. Samordning av informationen/undervisningen måste ske tvärprofessionellt. Sjuksköterskan måste förstå vilken viktig omvårdnadsinsats han/hon gör genom att informera och undervisa på rätt sätt.

### **Diskussion**

Diskussionen följer Patricia Benners domän om den undervisande och vägledande domänen, och diskuterar runt sjuksköterskans roll, då det gäller patientinformation och patientundervisning.

**Key words:** evidence-based medicine, nursing, patient education, patient participation

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
Inledning.....	4
Definition av begrepp.....	4
Teorianknytning.....	5
Dreyfus och Dreyfus modell.....	5
Benners domäner.....	5
Patientinformation/patientundervisning.....	6
Sjuksköterskans omvårdnadskompetens.....	7
Evidensbaserad omvårdnad.....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Val av tidpunkt: Att fånga upp patientens beredvillighet att lära.....	10
Att bistå patienten men att integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i livsföringen.....	10
Att locka fram och förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet.....	11
Att erbjuda en tolkning av patientens tillstånd och en förklaring till åtgärder.....	12
Den vägledande funktionen: Att göra kulturellt svårbegripliga sidor av sjukdom begripliga.....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion.....	19
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>
<b>BILAGA 1</b>	
Artikelsammanställning	

Ett stort tack till min handledare Marianne Gustafsson, mina vänner Berit, Gunnel, Irene, Therese samt medicinska biblioteket SU/Mölndal.

# BAKGRUND

## Inledning

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt vara lättillgänglig. Vidare skall vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. I Hälso- och sjukvårdslagen (1) står att vård och behandling så långt möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten (1). För att uppnå detta krävs mycket kunskap hos den som vårdar en patient och det krävs också att denna kunskap är evidensbaserad, det vill säga vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Under de nio år som jag har arbetat med patientinformation som sjuksköterska på ett sjukhusbibliotek har jag mött många patienter och närstående som kommit till biblioteket i samband med sin eller sina närståendes sjukdom. Anledningen har ofta varit att de vill kunna läsa vad som finns skrivet om sjukdomen, behandlingsmetoder eller olika undersökningar. Eftersom jag inte har arbetat kliniskt under tiden som den evidensbaserade vården börjat få fotfäste, är syftet med föreliggande litteraturstudie att fokusera på hur förmedling av evidensbaserade rön till patienten, angående patientinformation och patientundervisning, är beskrivet i litteraturen.

## Definition av begrepp

### *Patientinformation*

*”Patientinformation, muntlig eller skriftlig information till patienter om sjukdomars uppkomst, symtom och förlopp, om förebyggande av sjukdom, om prover och undersökningar, om läkemedel och andra behandlingsformer. På många ställen får patienterna särskild och skriftlig information i anslutning till utskrivningen. Väl utformad patientinformation ger patienter och anhöriga möjlighet att medverka i beslut om vård och behandling och ökar deras motivation och förutsättningar att acceptera åtgärder och följa givna ordinationer” (2).*

### *Patientundervisning*

*”Patientundervisning, informativ interaktion mellan vårdare och patient med målet att öka patientens kunskap om sin sjukdom, dess utveckling och läkningsprocess. Dessutom avser undervisningen att öka patientens förståelse för hur han/hon själv kan påverka sin hälsa, sjukdom och rehabilitering. Patientundervisningen ges ofta utan särskilt uppgett program” (3).*

Patient education är i engelskan ett samlingsbegrepp som i svenskan kan översättas med patientinformation, patientundervisning och patientutbildning. I föreliggande arbete är det de två första begreppen som kommer att behandlas. Patientutbildning skiljer sig till viss del från de två andra genom att vara en mer aktiv och strategisk utbildningsinsats.

### *Omvårdnad*

*”Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to health and illness” (4, s 6).*

### *Evidensbaserad omvårdnad*

*”Evidensbaserad omvårdnad handlar om en strävan att bedriva god omvårdnad och att tillgodose*

*samhällets växande krav på att forskningsresultat utnyttjas bättre. Det handlar om att sjuksköterskor och andra verksamma i vården, skall ha ett vetenskapligt förhållningssätt så att omvårdnadsåtgärder och insatser vilar på vetenskaplig grund” (5).*

## **Teoranknytning**

### *Dreyfus och Dreyfus modell*

Att tillägna sig kunskap och utveckla bra kunskap inom yrket är en komplicerad process. En modell för hur praktisk kunskap utvecklas redovisades 1986 av Dreyfus och Dreyfus (6). Denna modell för yrkesmässig kunskapsutveckling utvecklades efter studier av piloters och schackspelares sätt att agera och att tala om hur de agerat. Författarna visade att experten vanligen kan tala om sitt arbete i teoretiska logiska termer, så som det beskrivs i vetenskap eller litteratur, men handlar inte alltid i enlighet med reglerna. Med bakgrund i dessa studier har Dreyfus och Dreyfus formulerat en modell som beskriver olika stadier i en kunskapsutveckling som går från novis till expert. Utvecklingen från novis till expert, som innebär att man utvecklar stigande expertis, kan beskrivas i fem steg.

Det första steget karaktäriseras av ett objektiva observatörsperspektiv. Nybörjaren tillämpar abstrakta principer och regler och fokuserar olika delar. Han/hon saknar erfarenhet av situationer där kunskaperna tillämpas.

Det andra steget benämns avancerade nybörjare. En avancerad nybörjare kan uppvisa nästan godtagbara prestationer. Han/hon kan urskilja betydelsefulla aspekter och relatera dem till tidigare erfarenheter.

Det tredje steget som kallas kompetent tar det år att utveckla. En kompetent person börjar sin handling i ljuset av långsiktiga mål och planering och han/hon är aktivt medveten. Han/hon vet vad som är viktigt och vad som kan vänta. Denna nivå karaktäriseras av en förmåga att prioritera, att avvika från de strikta reglerna.

Vid det fjärde steget benämns man skicklig. Den skicklige uppfattar en situation som en helhet och varseblivning är ett nyckelbegrepp som kan illustrera detta stadium. Handlungsreglerna kommer av sig själva utan att man medvetet reflekterar över eller väljer mellan olika alternativ. Man refererar till andra situationer av liknande karaktär och upplevelsen silas genom tidigare erfarenheter och handlingar. Den skicklige märker när något oväntat inträffar, när en förväntad normal bild av en situation inte infinner sig. Han/hon kan inrikta sig på relevant problemlösning.

Det femte steget är expertstadiet. Med detta avses att man inte längre förlitar sig på analytiska principer, regler och riktlinjer utan på ett deltagande med fokus på helheten. Helhetsperspektivet bygger då även på tidigare erfarenheter och på en form av visshet. Experten handlar utifrån en intuitiv uppfattning av en situation och slår ner på rätt plats utan att behöva slösa tid på att välja mellan flera olika mer eller mindre fruktbara alternativ (6).

### *Benner's domäner*

Patricia Benner har i sin bok "From novice to expert" (7) beskrivit sin deskriptiva forskning som grundar sig på intervjuer och/eller deltagarobservationer. Hon beskriver hur hon kommit fram till att sjuksköterskornas kliniska verksamhet och praktiska kunskap kan utgå från Dreyfus och Dreyfus modell.

Sjuksköterskan går igenom samma fem stadier i sin professionella utveckling som Dreyfus och Dreyfus kom fram till, alltså från novis till expert. Dessa fem stadier där man kan befinna sig på olika

nivåer i olika situationer är novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Rooke (8) tolkar Benner och menar att för att bli skicklig som sjuksköterska krävs tre till fyra års erfarenhet inom en och samma specialitet. För att uppnå en nivå av att vara expert krävs ännu längre erfarenhet.

Under intervjuerna i Benners forskning identifierades kompetensområden som beskriver omvårdnadssituationer och dessa delades in i sju områden, så kallade domäner (7).

#### 1 Den hjälpande rollen

Här ingår sjuksköterskans närhet till patienten, att kunna vägleda patienten genom förändringar i känslor och händelseutveckling. Att kunna ge patienten möjlighet att delta och själv ta kontroll över sitt tillfrisknande. Att kunna hjälpa patienten att tolka sina olika symtom och att hitta lämpliga sätt för att hantera dessa. Att kunna beröra och ge tröst till patienten. Att hålla närstående informerade och ge känslomässigt stöd till dessa.

#### 2 Den Undervisande och vägledande funktionen

Att som sjuksköterska fånga upp patientens vilja att lära genom att välja rätt tidpunkt för detta. Att bistå patienten med att kunna integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i livsföringen. Att kunna locka fram och förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet samt erbjuda en tolkning av patientens tillstånd och en förklaring till åtgärder. Att kunna göra kulturellt svärbegripliga sidor av en sjukdom förståelig genom att vägleda på rätt sätt.

#### 3 Diagnostik och övervakande funktion

Här måste sjuksköterskan komplettera och utveckla sin förvärvade kunskap på att ge akt på tidiga varningssignaler av negativa förändringar i patientens tillstånd. Att upptäcka viktiga förändringar i patientens hälsotillstånd och dokumentera dessa, att tänka framåt och förekomma problem, att förutse de specifika krav som en sjukdom ger upphov till samt att bedöma patientens möjlighet att bli frisk och att kunna svara på olika behandlingsstrategier.

#### 4 Att effektivt hantera snabbt skiftande situationer

Att snabbt uppfatta problem i akuta situationer och sätta in kvalificerade prestationer, att kunna hantera oförutsedda situationer samt att identifiera och hantera kriser tills läkare anländer.

#### 5 Att utföra och övervaka behandling

Att sköta läkemedelsbehandling med minsta möjliga risker och komplikationer, att administrera läkemedel korrekt, att upptäcka biverkningar, reaktioner, terapeutiska gensvar, överdoseringssymtom och om olika läkemedel inte är förenliga ingår i sjuksköterskans uppgifter, likaså att förebygga risker om patienten måste immobiliseras samt skapa strategi för gynnsam läkning.

#### 6 Att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt vårdarbete

Detta kan ske genom upprättande av säkerhetssystem för att säkerställa all vård. Sjuksköterskan skall också kunna bedöma vad som riskfritt kan dras till eller från givna medicinska ordinationer. Att få skäliga svar inom rimlig tid från läkare är också av största vikt för omvårdnaden.

#### 7 Att planera och organisera för personalens arbete och vården

Här kommer hela sjuksköterskans arbetsledande funktion in. Att uppnå kontinuitet runt patienten för att skapa trygghet kräver samordning och lagarbete.

### **Patientinformation/patientundervisning**

Information innebär enligt utsagorna att dela med sig av sin kunskap och ge sådana besked att utrymme för eget fantiserande begränsas. Det innebär också att tala om att man inte vet, om så är fallet. Vidare innebär det att ge konkreta beskrivningar, så att patienten vet vad hon har att vänta sig. Att lyssna på den information som patient och anhöriga har att ge, hör också hit. Kontinuitet uppnås

genom att en och samma person eller personer återkommer så långt möjligt. De mer konkreta åtgärderna kan exemplifieras med vetskapen att objektiva metoder används för att fastställa hälsotillståndet, att man får till exempel smärtstillande medel när man behöver det och att det finns kunnig personal till hands om något skulle hända (9).

Kunskaps- och kontrolltrygghet innebär ett behov av att ha kunskap, att veta vad det är och vad som krävs av en. En patients behov av information är ständigt aktuell. Situationen förändras och han/hon behöver kontinuerlig kunskap om vad som händer för att känna att han/hon har kontroll över sig själv. Rädslan är en helt normal känsla och den uppkommer ofta inför olika behandlingar. I "förlita-sig-på-andra-trygghet" utgår man från att en patient befinner sig i en situation som han/hon inte kan rå över, exempelvis en operation. För att patienten ska känna sig trygg är det viktigt att personalen är kunnig och inger förtroende och säkerhet. Han/hon kan känna att han/hon är i "goda händer" genom att få emotionellt stöd (9).

Friberg (10) diskuterar i sin bok Wilson-Barnetts (11) tankar om att varje undervisningssituation innefattar aspekter av information, undervisning och rådgivning, dock i olika grad beroende på situationens art. Enligt Wilson-Barnett är undervisningssituationen mer patientcentrerad och dialoginriktad än informationssituationen. Ju mer situationen kännetecknas av att sjuksköterskan "lämnar över" till patienten, det vill säga låter patienten ta ansvar, desto mer får situationen karaktär av rådgivning. Det innebär att sjuksköterskan ägnar sig åt aktivt lyssnande, reflektion och tolkning av situationen.

Almås (12) beskriver att inlärningsförmågan hämmas när man som människa är spänd och orolig inför något. Det gäller både patienter som läggs in dagen före en planerad operation och nyopererade patienter som skall fara hem innan de känner sig riktigt mogna för det. I båda fallen är det därför nödvändigt att komplettera den verbala informationen med skriftlig sådan, så att patienten i lugn och ro kan läsa om det som är aktuellt i den egna situationen.

### **Sjuksköterskans omvårdnadskompetens**

I Socialstyrelsens allmänna råd från 1993, "Omvårdnad inom Hälso- och sjukvården", anges att det är sjuksköterskan som har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad. Det är därför sjuksköterskans uppgift att tillse att omvårdnadsåtgärder genomförs på ett ändamålsenligt sätt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I de allmänna råden anges även att sjuksköterskan är skyldig att delta i utvecklingen av sitt yrke (13). Sjuksköterskeyrket omfattar att befrämja hälsa samt förebyggande åtgärder, omvårdnad, planering och ledning, undervisning och utvecklingsarbete (14).

Omvårdnadsarbetet består av två integrerade delar, uppgifter som utförs och relationen inom vilken den utförs. Omvårdnadsarbetet har således fokus på känslomässiga aspekter och praktiskt/tekniska aspekter på vårdtagarens aktuella situation. Oavsett fokus i omvårdnadsarbetet finns en relation eller någon form av samspel mellan vårdgivaren och vårdtagaren. Uppgifter och relationer är alltså varandras förutsättningar och alltid närvarande samtidigt. Relationer upprättas och vidmakthålls genom samspel och kommunikation. Omvårdnadsarbetet kan innebära att vårdgivaren helt eller delvis tar över vårdtagarens personliga omvårdnad, eller att vårdgivaren på olika sätt bistår vårdtagaren genom vägledning, stöd eller undervisning så att vårdtagaren själv kan balansera kraven i det dagliga livet (15). Omvårdnaden riktas således till en person, och omvårdnadens genomförande kräver att såväl vårdgivaren som vårdtagaren accepterar varandras närvaro och handlingar (16).

För att utveckla sjuksköterskeyrket krävs kontinuerlig forskning samt utvärdering av arbetets innehåll och effekterna av sjuksköterskornas arbetsmetoder. International Council of Nurses (ICN) antog 1993 en resolution som innebär att sjuksköterskornas forskning måste inriktas på den egna yrkesgruppens arbetsmetoder och effekterna av detta när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet och kostnadseffektivitet (17).

I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (18) står att den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården, krav på kunskaper inom informations- och kommunikationsteknologin och ökade krav på både förbättrad kvalitet och kostnadseffektivitet kräver att sjuksköteutbildningen ständigt utvecklas. Detta är nödvändigt för att säkerställa att sjuksköterskan har den kunskap och kompetens som behövs för att möta dagens såväl som framtidens behov inom yrket. Ett avgörande kompetensområde för sjuksköterskan kommer därför vara förmågan att söka och använda evidensbaserad kunskap.

### **Evidensbaserad omvårdnad**

Inom hälso- och sjukvården är personalen enligt lag skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Forskningsresultat och samlad klinisk erfarenhet ska ge vägledning för vården. Men hur ska det gå till? Det engelska ordet för vetenskapliga bevis eller belägg, evidence, har gett namn åt en inriktning som på svenska kallas evidensbaserad vård. Viktiga vårdbeslut som rör patienternas hälsa ska alltså bygga på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag (19).

Evidence-based nursing (EBN) är ett begrepp som används internationellt och det översätts med evidensbaserad omvårdnad. I likhet med begreppet evidensbaserad hälso- och sjukvård definieras evidensbaserad omvårdnad både som ett förhållningssätt och en process. Processen innebär att man använder sig av omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat som komplement till andra kunskaper. Med evidensbaserad omvårdnad avses vanligen en process där allt tillgängligt vetenskapligt underlag inom ett visst ämnesområde granskas. Tyngdpunkten ligger på att granska resultatet som har avgörande betydelse för patienten. Dessa resultat kan till exempel vara överlevnad, ny- eller återinsjuknande, graden av funktionsnedsättningar, symtomlindring, informationsbehov och upplevelser av hälsa, välbefinnande och livskvalitet (19).

Idag, när hälso- och sjukvården pressas mellan växande krav och minskande resurstilldelning, blir det allt viktigare att valen mellan olika behandlingsinsatser är vetenskapligt underbyggda. Detta gäller även omvårdnadsinsatserna. En tillämpning av evidensbaserad omvårdnad som komplement till andra kunskaper innebär, att man i den kliniska verksamheten även använder sig av de kunskaper man erhållit av utvärderingar. Underlag för sådana utvärderingar finns i den vetenskapliga litteraturen. En av probleminventeringarna inom området omvårdnadsforskning utgörs av SBU-rapporten "Behov av utvärdering inom sjuksköterskans arbetsområde" SBU, 1994 (20). Arbetet med denna rapport påbörjades innan Cochrane-nätverket tog initiativet till en systematisk granskning av utvärderingsstudierna inom omvårdnadsområdet (19).

Eftersom omvårdnad är ett kunskapsområde och en vetenskaplig disciplin är det fullt möjligt att systematiskt sammanställa omvårdnadsforskningens resultat. Med den ökande tillgången på datorer på arbetsplatserna är det fullt möjligt att både söka litteratur, att ha tillgång till systematiska sammanställningar och artiklar on-line. Avsikten med att evidensbasera hälso- och sjukvårdsverksamheten är inte att spara pengar eller andra resurser. Däremot kan en sammanställning och kritisk granskning av det vetenskapliga underlaget leda till besparingar. Detta kan ske genom att metoder som är skadliga mönstras ut, liksom kostsamma metoder utan vetenskapligt underlag, och att effektiva men underutnyttjade metoder används systematiskt. När resurser ska fördelas kan det vara en styrka att ha tillgång till resultatsammanställningar över den nytta och resursåtgång som förknippas med olika omvårdnadsåtgärder (19).

I debatten om evidensbaserad omvårdnad hävdas ibland att detta tränger ut andra värden, i första hand de humanistiska och sociala. Detta är en missuppfattning. Evidensbaserad omvårdnad ersätter inte personalens erfarenheter, etiska förhållningssätt, förmåga till empati eller förekommande vårdideologi utan ska istället ses som ett komplement (19).

Kunskap om vad som är god omvårdnad bygger på både erfarenhet och vetenskap. I klinisk verksamhet kombineras resultaten från evidensbaserad omvårdnad med den kliniska erfarenheten och vårdtagarens önskemål. I likhet med de rent medicinska behandlingsmetoderna krävs utvärdering också för omvårdnadsmetoder. Allteftersom mängden omvårdnadsforskning ökar blir det svårare att följa utvecklingen. Då behövs insatser för att samla och analysera forskningen samt att göra den lättillgänglig. Förhoppningen är att processen evidensbaserad omvårdnad kan fungera som en bro mellan omvårdnadsforskningen och sjuksköterskornas kliniska verksamhet (21).

## SYFTE

Syftet med föreliggande arbete var att utifrån Patricia Benners domän om sjuksköterskans undervisande och vägledande funktion, studera hur förmedling av evidensbaserad omvårdnad till patienten är beskriven i litteraturen.

## METOD

Denna uppsats är en litteraturstudie som grundar sig på vetenskapliga artiklar. Bakgrunden baserar sig på facklitteratur och resultatdelen grundar sig på tio vetenskapliga artiklar. Litteratursökningen av artiklar ägde rum under september 2006 i databasen PubMed. Sökningar i Cinahl gav inga ytterligare resultat, och redovisas därför inte. Inledningsvis begränsades sökningen till artiklar som inte var äldre än fem år. Då tillräckligt antal inte hittades utökades sökningen till att gälla 1996 och därefter. Sökorden som användes var evidence based medicine, nursing, patient education och begränsning gjordes till att bara ha med vuxna personer (tabell 1). Sju av artiklarna hämtades från sökningar i PubMed och två (nr 22 & 25) hämtades från referenslistor i dessa sju artiklar. En artikel (nr 28) hittades vid manuell sökning. De artiklar som valdes att ta med i resultatsammanställningen var de som bäst stämde med syftet.

Tillvägagångssätt:

Alla artiklar hade som grund ett evidensbaserat omvårdnadsperspektiv, och artiklarna har analyserats då det gällde patientinformation/patientundervisning utifrån en av Benners sju domäner, den som handlade om den undervisande och vägledande funktionen. Denna domän är indelad i fem delar som beskriver: I. Val av tidpunkt för att fånga upp patientens beredvillighet att lära. II. Hur man kan bistå patienten med att integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i livsföringen. III. Att locka fram och förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet. IV. Att erbjuda tolkning av patientens tillstånd och förklaring till åtgärder. V. Den vägledande funktionen som innebär att göra kulturellt svårbegripliga sidor av en sjukdom begripliga (7).

Tabell 1. Resultat vid sökning av artiklar publicerade i PubMed efter 1996

Sökord	Begränsning	Antal artiklar	Använda artiklar (referensnr)
Patient Education		49 845	
Evidence based medicine		22 646	
Nursing		620	
Patient Education AND Evidence based medicine AND Nursing		164	
Patient Education AND Evidence based medicine AND Nursing	All adult: 19+ years	33	23-24, 26-27, 29-31

# RESULTAT

I föreliggande arbete har Patricia Benners fem kompetensområden under domänen undervisande och vägledande funktion använts som utgångspunkt för hur fynden redovisas.

## I. Val av tidpunkt: Att fånga upp patientens beredvillighet att lära

Enligt Patricia Benner står detta för:

Trots att mycket i omvårdnadsarbetet regleras av strikta rutiner krävs ibland god omdömesförmåga när det gäller val av tidpunkt för att sätta in en åtgärd. Att bedöma var en patient står, hans mottaglighet för information och att avgöra när man ska sätta igång och även när en patient inte verkar beredd, är viktiga sidor av effektiv patientundervisning (7).

Rycroft-Malone et al (22) beskrev vikten av att om patienterna var delaktiga och betraktades som en likvärdig partner hade patienterna ett val och kunde också vara med och påverka vid vilken tidpunkt undervisningen skulle äga rum.

Miranda et al (23) diskuterar också val av tidpunkt och menar att det är viktigt att undervisningen börjar tidigt i sjukdomsfasen, fortsätter kontinuerligt under vårdtiden och övergår till telefonrådgivning när patienten är åter i hemmet. Detta för att de inte skall fastna i hospitaliseringen utan kunna överföra den kunskap de fått under vårdtiden till att gälla även i hemmet. Undervisning skall pågå kontinuerligt ända tills patienten har etablerat det nya sättet att leva som sjukdomen kan innebära. Om man följer denna rekommendation minskar antalet återfall i gamla livsstilmönster och patienter med långvarig sjukdom klarar sin egenvård bättre och känner sig inte maktlösa.

Crenshaw & Winslow (24) beskriver att informationen angående vid vilken tidpunkt på dagen operationen skulle äga rum, var en viktig information för dem som skulle opereras. De allra flesta patienterna kom in till operation i planerad tid, och då kunde både patienten och personalen förhålla sig till hur de skulle handla så att patienterna var i bästa skick inför operation.

En annan aspekt som hänger samman med att underlätta för patientens lärande och förståelse för vad som sker, är vikten av att dokumentera patientinformationen. Om vårdpersonalen inte dokumenterade informationen/undervisningen systematiskt, visste inte den personal som kom in senare i vårdkedjan vilken information patienterna fått i den akuta fasen av sjukdomsförloppet (25). Om ett separat skriftligt dokument gjordes, som även patienten hade tillgång till, kunde detta följa patienten genom hela vårdprocessen. Då hade patienten möjlighet att se vad som var skrivet och förstå vad andra vårdgivare fått information om. (23). På detta sätt skapas kontinuitet och undervisningen blir en process som går framåt (25).

## II. Att bistå patienten med att integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i livsföringen

Enligt Patricia Benner står detta för:

I omvårdnadssituationen där en tidsbegränsad eller permanent invalidisering är allt man kan förvänta sig, kan ofta sjuksköterskan ändå hjälpa patienterna att maximera sina möjligheter att leva ett meningsfullt liv (7).

Miranda MB et al och Templeton & Coates (23, 26) beskrev i sina forskningsresultat att mängden kunskap patienten hade med sig hem, efter att ha varit inne i sjukvården, var avgörande för om det fungerade när patienten kommer hem eller inte. Kunskapsbrist var en av orsakerna till att det inte fungerar hemma.

Templeton & Coates (26) visade i sitt resultat på, att kunniga patienter var bättre på att arbeta sig igenom dilemman som hörde samman med sjukdomen, arbetade sig bättre framåt i sin situation och

upplevde också mindre emotionell stress. Kunskapen kunde dämpa känslan av hjälplöshet och otillräcklighet i samband med att patienten kände ovisshet angående sin sjukdom, och kunskapen förhöjde det emotionella välbefinnandet. Förbättring i det sociala och familjära välbefinnandet förstärktes ytterligare om undervisningen skedde tillsammans med andra patienter med samma diagnos. Livskvaliteten för kunniga patienter var signifikant förbättrad både gällande ökad energi och då det gällde sexuella frågor.

Angående patienternas livskvalitet visade Templeton & Coates (26), hur viktigt undervisningspaketet som patienterna fick i samband med sjukdomen var för kunskapen om sjukdomen och behandlingen. Slutsatsen forskaren drog från denna studie var, att sjuksköterskor som arbetar med att individuellt undervisa patienter, måste vara medvetna om och dra lärdom av, hur mycket undervisningen betyder för att höja livskvaliteten hos patienterna. Alltså vilken bra insats de gör genom detta.

Anells & Kock (27) visade att vårdpersonalen måste vara klok nog att hjälpa patienten att kunna förstå och tolka vad olika symtom betydde, eftersom varje enskild person kan ge olika signaler på samma problem (27). Främmande miljö, utrustning, behandlingar och medicinering gjorde det svårt för patienterna att förstå informationen som gavs (28). Vikten av att få patienten att förstå det som hände, oavsett om det var något normalt eller inte, var av största betydelse. Genom att hjälpa patienten att förstå, kunde patienten bli lugn (25). Också för att följa givna ordinationer måste patienten förstå syftet med behandlingen, dosering, specialskäl till behandlingen och sidoeffekter av exempelvis ett läkemedel (23).

Vikten av förståelse visades också genom att många patienter beskrev att de inte förstod orsaken till sitt symtom medan andra hade idéer om anledningen. Patienterna var tvungna att förstå vad de skulle vara uppmärksamma på för att själva kunna sätta in förebyggande insatser (27). Det visade sig också att patienterna upplevde det som viktigt att kunna tolka sina egna symtom, och kanske genomföra vissa kontroller själv, så att de vet när det är allvar och kan larma (23). De måste tillåta sig att ta emot obehaglig erfarenheter för att kunna lära sig inför framtiden och dra nytta av erfarenheten (27). Patienten måste också veta vart han skall vända sig vid behov för att känna sig trygg (23).

Enligt Anells & Kock (27) ville alla patienter veta orsaken till sina symtom och de mest aktiva försökte finna skälet till vad som hände. Några undrade om deras medicin kan ha varit orsaken till besvären vilket ofta har visat sig vara anledningen, då undersökningar på detta gjorts tidigare. Patientens tolkning av sitt eget tillstånd, och hur de upplevde sin verklighet och sin kropp var viktigt. Majoriteten av patienterna uppgav att de känner när något i kroppen inte känns som det brukar eller avviker från det normala. De kände sig inte friska och välmående, utan dåliga och nedstämda. Patienternas uppfattning var att det var ett misslyckande om detta hände, vilket bekräftar att det är viktigt att ta hänsyn till när kroppen ger viktiga signaler, som påverkar hälsa och välmående.

### **III. Att locka fram och förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet**

Enligt Patricia Benner står detta för:

Sjuksköterskor måste komma ihåg att patienter ofta tolkar sitt tillstånd efter eget huvud. Om man låter dem tala om det, och respekterar och bygger vidare på deras egna tolkningar, kan det spela en viktig roll för patientens upplevelser av sin sjukdom och sitt tillfrisknande (7).

Rycroft-Malone et al (22) visade att vid de flesta tillfällen i undersökningen var det enbart enkel information som sjuksköterskorna gav till patienterna, till exempel namn på medicinen, syftet med medicineringen, färgen på tablett, hur många tabletter man skulle ta samt när och hur ofta medicinen skulle tas. Resultatet visade vidare på att sjuksköterskorna ofta informerade enligt "pricka-av-lista", alltså ofta gick på rutin och på det som stod i journalen. Undersökningen visade också att sjuksköterskorna i vissa fall hade individualiserat informationen till enskilda patienter, men om detta gjorts som ett utslag av medvetenhet eller inte kunde inte bevisas.

Callaghan et al (29), Miranda et al (23), samt Templeton & Coates (26) visade att den skriftliga informationen var av största värde då det gäller förståelsen av vad det var som hände under sjukdomen. Att få skriftligt på det som var viktigast av all information patienten fick var av stort värde, samt att patienterna kunde återkomma till den skriftliga informationen och repetera den vid behov (23, 29). Någon systematisk kontroll av patientens kunskap och förståelse av den skriftliga informationen gjordes inte (29). Den skriftliga informationen som patienterna fick innehöll två delar, en generell och en individuell. Att den individuella lades till var av största värde för patienten. Dokumentet gjordes i två exemplar. Ett exemplar fanns på den vårdinrättning där den skrivits, den andra kopian fick patienten. Detta för att patienten vid hemkomsten skulle kunna sköta sin egenvård. Patienten kunde då använda sig av dokumentet även i andra sammanhang, till exempel vid besök på andra vårdinrättningar. När kunskapen om patienten sprids, och även andra vårdinrättningar vet vad de skall göra om patienten blir dålig ger det en trygghet för patienten (23).

Att patientutbildning med kognitiv grund underlättar anpassningen till stressiga händelseförlopp genom att underlätta för individen att förstå har visats av Templeton & Coates (26). Med kognitiv utbildning blev förståelsen av sjukdomen och behandlingsrelaterade problem mer effektiv, vilket hade en positiv effekt på fysiska och funktionella faktorer, som i sin tur påverkade livskvaliteten positivt (26).

Rycroft-Malone et al (22) visade på hur centralt begreppet "patienten som kund" var och att detta var ett villkor för att nå utbyte mellan sjuksköterska och patienten då det gällde information. Då man till exempel skulle diskutera medicinering, och diskussionen gällde eventuell förändring av denna, måste man förvissa sig om att patienterna var förberedd på att kunna besluta om han/hon skulle ta sin medicin eller inte. Vid den psykiatriska kliniken skiljde sig resultatet från övriga klinikers resultat genom att karaktäriseras av andra villkor och bredare information. Informationen bestod här av biverkningar av läkemedel och uppföljning av dessa biverkningar. Sjuksköterskorna fick till stånd diskussioner med patienterna, hade patientundervisning och utvärderingar av dessa samt arbetade med patienternas tilltro och motivation. Patientens medverkan vid förändring av mediciner visade sig framgångsrik och detta skiljde ut sig från andra klinikers resultat eftersom det utgick från patientens behov. Mötet skedde i dialogform och patienten var en aktiv part. Detta till skillnad från ren informationsgivning där konsumenten inte har något val.

Crenshaws & Minslow (24) forskningsfynd visade, att patienternas uppfattning om den information de fått under sjukhusvistelsen, var att de ofta visste vad de skulle göra, men de visste inte varför. Då det handlar om viktiga saker, som till exempel mediciner, rapporterade endast hälften av patienterna att de tagit den aktuella medicinen i samband med operation. Många meddelade också att de inte fått någon instruktion om detta. I samband med fastan inför operation konstaterades att törst var starkt relaterat till hunger och oro före operation och det var viktigt om detta kunde diskuteras och förebyggas, samt att sjuksköterskorna lärde patienterna olika sätt att hantera detta tillstånd. Detsamma gällde obehagskänslor i form av törst och illamående postoperativt.

#### **IV. Att erbjuda en tolkning av patientens tillstånd och en förklaring till åtgärder**

Enligt Patricia Benner står detta för:

Allteftersom det blir allt tydligare att patienter har behov av och vill veta vad man gör med dem och varför, har tolkningar och förklaringar av olika procedurer blivit en hörnsten i omvårdnadsarbetet. Detta kräver omdömesförmåga och goda kunskaper. Sjuksköterskan måste kunna avgöra hur mycket information en patient vill ha och behöver och lära sig tala så att patienten förstår. Ibland måste en sjuksköterska också kunna tillstå gränserna för vad hon själv förstår (7).

Wunderlich et al (28) fann att oförmågan att kommunicera med sin omgivning var något som flera av patienterna berättade om. De blev frustrerade för att de inte kunde kommunicera med vänner, familj

och personal (28). Sjuksköterskans roll som kommunikatör, informatör och samordnare av information var därför mycket viktig (24, 28) och de flesta patienter menade att sjuksköterskans information hjälpte till att minska deras osäkerhet och stress. Patienterna ville att sjuksköterskan skulle berätta för dem vad som var på gång. Flera av patienterna som reflekterade över sin situation föreslog att det behövdes mer information av sjuksköterskan. Patienterna önskade också en bättre tvåvägskommunikation med sjuksköterskan (28). Patienterna ville också att sjuksköterskan skulle upprepa informationen (25, 28), detta i syfte att försäkra sig om att patienten förstått (25). Skriftlig information skulle kompletteras med muntlig (24, 25, 30) och man skulle förvissa sig om att patienterna förstått instruktionerna genom att man ställde adekvata följdfrågor (24, 25). Flera patienter ville också att informationen gavs till anhöriga så att de senare kunde upprepa för patienten (28).

Rycroft-Malone et al (22) beskrev hur olika samspelet mellan patient och sjuksköterska kunde se ut. I en relation där patienten betraktas som kund är det lättare att se att en dialog kommer till stånd. Det blir balans mellan den som ger information och mottagaren. Detta sätt att arbeta användes mer inom psykiatri och geriatriken, där det var mer fokus på patientens behov och inte på sjuksköterskans. Sättet att arbeta på var både möjligt och uppskattat bland patienter och sjuksköterskor. Detta till skillnad mot när informationen kontrollerades och initierades av sjuksköterskan; ingen kommunikation kom då till stånd, inga öppna frågor, och det blev mer som en frågesport. Det blev inget informationsutbyte, ingen diskussion om patientens tidigare kunskap eller om det patienten ville diskutera.

Rycroft-Malone et al (22) visade att patienterna generellt var mycket nöjda med den information de fått och ville i många fall ha ännu mera information. Inom psykiatri och rehabiliterande specialiteter var detta än mer synligt då det gällde att patienterna fick välja och bestämma mer. Tydligt var också att patienterna inte ville fråga efter information hela tiden utan ville att personalen skulle informera kontinuerligt. Ju mer information, ju nöjdare var patienterna (22). Generellt var vårdpersonalen överens med patienterna om vad de behöver få information om (25). Vissa patienter tyckte att det fanns ett gap i information mellan medicinskt centrerad information och patientcentrerad information (22).

Callaghan et al (29) visade att specifik preoperativ information gjorde det möjligt för patienten att samarbeta mer i vården. Om patienten fick denna information, skulle han/hon bättre kunna förstå samband i anslutning till operationen. Den skriftliga broschyren som patienterna fick gjorde, att deras verbala och visuella möjligheter förstärktes.

Patienter som före operation, både fick se en video samt läsa skriftlig information, upplevde en större tillfredsställelse med informationen än de som enbart fick se videon. Däremot påverkades inte patienternas ängslan, oro, trygghet eller kunskap, av om patienterna före operation enbart fick se en video eller om denna kompletterades med en skriftlig broschyr. Patienterna upplevde påtagligt mindre oro och ängslan postoperativt, om de före operationen både fått skriftlig information och möjlighet att se videon. Om patienterna preoperativt fick skriftlig information som tillägg till att se videon kunde ingen skillnad angående postoperativ smärta bevisas (29).

Det var av största vikt, att all personal insåg betydelsen av, att patienten inför ingreppet var medveten om vad som kunde hända efter ingreppet. Detta för att patienten skulle vara förberedd på bästa sätt. Alla var överens om att då informationen skulle lämnas var det bäst om det skedde mellan två personer, speciellt om patienten var rädd. Man skulle alltid vara ärlig mot patienten och då kände de att tilliten fanns där (25).

Anells & Koch (30) fann, att de råd personalen gav till patienterna, inte alltid var de råd som patienterna ansåg sig behöva. Detsamma gällde hur problem skulle lösas och symptom tolkas. Någon deltagare beskrev att när hon var motiverad och själv sökte efter råd för att hitta en bra lösning, då fungerade det. När hon sedan kommit på hur hon skulle lösa problemet, var det inte längre något

problem. Två andra deltagare beskrev, att när man får information av någon som man litar på, så lyssnar man och tar till sig på ett mycket bättre sätt. Ytterligare en annan deltagare beskrev, att hon frågat sin vårdgivare om råd angående ett naturpreparat, inte något läkemedel. Rådet som hon fick, var ett råd som hon trodde på, och det fungerade då för henne. Att som patient använda en behandling man fått ordinerad, men som man inte tror på, fungerar inte. Därför måste patientundervisningen individualiseras (30). Man frågar för sällan patienterna om deras erfarenheter och uppfattningar. Vårdpersonalens uppfattning om patienternas problemställningar stämde inte alltid överens med patienternas uppfattning, vilket visades av Mortimer et al (25). Om patienten skall känna sig delaktig och kunna återta kontrollen, bör diskussion med patienten förekomma. Att sjuksköterskor samarbetar med andra professioner för att identifiera vad patienternas symtom kan bero på var också av största vikt (30).

Mortimer et al (25) visade att hos de flesta bland personalen fanns det oklarheter om hur informationen skulle ges och sättet att göra detta var bara svagt grundad i teori och vetenskap. Endast ett fåtal ur personalen var klar över hur informationen skulle ges. Att ha insikt om hur kunskap skulle levereras var identifierat som ett område som behöver förbättras.

Att olika yrkeskategorier samordnar generell patientinformation/undervisning och säger samma sak, såg många av vårdpersonalen som ett klart område där förbättring kunde ske. Informationen som gavs till patienterna var generellt motsägelsefull, inkonsekvent och bristfällig (25). Sjuksköterskan hade ansvaret för att samordna informationen (24). Att vårdpersonalens information kunde vara helt olika beroende på vem som informerade framkom tydligt i Annell & Kochs (30) forskning. Crenshaw & Winslow (24) samt Mortimer et al (25) fann att det var av största värde, att de som skulle informera var överens om vilka regler som gällde. Detta talade för att underlätta patientinformationen och att den blev tydligare för patienten. Crenshaw & Winslow (24) fann detta då det gällde till exempel fasta och medicinering i samband med operation. En tredjedel av dem som åt medicin visste inte om de skulle ta sin medicin på operationsdagen morgon eller inte. Undersökningen visade att av patienter som borde ha fått samma information, fick 1/3 av patienterna information om att ta medicinen med en klunk vatten på operationsdagens morgon, 19 % uppmanades att inte ta någon medicin alls och 22 % fick specifik information om vilken medicin de skulle ta (24).

Mortimer et al (25) visade att vårdpersonalen ansåg, att vem som var bäst på att ge patientinformationen, var beroende på var i sjukdomsprocessen patienten befann sig. Sjuksköterskor och läkare var de bästa på att informera patienten tidigt i sjukdomsförloppet, medan sjukgymnaster och arbetsterapeuter var bättre på att ge information senare. Att göra minimistandarder av information och specifika mål för en tvärprofessionell utbildning i ämnet kunde vara en bra och framkomlig väg.

## **V. Den vägledande funktionen: Att göra kulturellt svårbegripliga sidor av en sjukdom begripliga**

Enligt Patricia Benner står detta för: Sjukdom, smärta, vanställdhet och död men också födelse är i det stora hela sådant man undviker att tala om och dokumentera i vår kultur. Det känns föga meningsfullt för en lekman att försöka förbereda sig inför alla de tänkbara erfarenheter man kan komma att göra i samband med en sjukdom, eftersom sjukdom och smärta snarast är enstaka, isolerade företeelser i vår erfarenhetsvärld. Sjuksköterskor däremot lär sig genom sin utbildning och erfarenhet på många vis att handskas med sjukdomar, lidande, smärta, död och födelse och lär sig att ge patienter vägledning till förståelse, ökad kontroll och acceptans. Ibland kan sjuksköterskorna också ge möjligheter att uppnå en känsla av triumf mitt uppe i allt detta främmande. Förutom förberedelser genom formell utbildning krävs utbildning för att man ska kunna skaffa sig denna kompetens, eftersom det är omöjligt att lära ut enbart med hjälp av regler hur man reagerar inför och handskas med en sjukdom. Därtill krävs en djupgående förståelse för situationen, och ofta förmedlas attityder och beteenden inte i ord utan genom handling, genom attityder och reaktioner (7).

Watters & Moran (31) fann att det var av största vikt att patienterna och deras närstående var delaktiga under hela sjukdomsförloppet. Att få en uppfattning om hela sjukdomsförloppet i ett tidigt skede av behandlingen underlättade för att förstå vad som hände efterhand. Det blev lättare att lära sig att hantera olika situationer, att lära sig vad som kommer att hända, om de involverade får skriftliga mål som är generella och samtidigt anpassade individuellt. Dessa dokument fick gärna beskriva vad som skulle hända från dag till dag. Denna undervisningsprocess började för patientens del redan på akuten om patienten kunde samarbeta, och med närstående om patienten inte kunde. Patienten uppmuntras sedan att behålla den skriftliga informationen på sängkanten så att han/hon kunde följa upp att den följdes.

Forskarna trodde att om patienterna varit utskrivna, hade helt andra frågeställningar dykt upp som inte varit aktuella under sjukhusvistelsen (22). Om nya frågor dykt upp efter utskrivningen, hade det givit patienten betydligt mer att träffa andra personer med likartade frågeställningar, än att träffa vårdpersonalen igen (25).

## **DISKUSSION**

Syftet med litteraturstudien var att utifrån forskningsresultat med ett evidensbaserat omvårdnadsperspektiv, studera hur patientinformation/patientundervisning beskrivs. För att en djupare teoretisk förankring skulle uppnås, valdes att granska artiklarna i relation till Patricia Benners domän om den undervisande och vägledande funktionen (7).

### **Metoddiskussion**

Metoden litteratursökning lämpade sig bra för att granska vad som finns skrivet om patientinformation/patientundervisning. Artikelsökningen gav många träffar. Sökordet "patient education" täcker hela spannet patientinformation-patientundervisning-patientutbildning, men artiklar som handlade om patientutbildning uteslöts eftersom detta inte var syftet med arbetet.

Sökordet "evidence-based medicine" användes eftersom det är den officiella Mesh-termen och "nursing" lades till eftersom arbetet behandlar omvårdnad. Artiklarna som valdes var publicerade i tidskrifter från Australien, Hongkong, Irland, USA, Skottland och England. Kulturmässigt stämde artiklarna relativt väl överens med den svenska kulturen. De flesta artiklarna byggde på kvalitativ metod, endast två på kvantitativ, och några på både kvalitativ och kvantitativ metod. I några artiklar intervjuades både patienter och sjuksköterskor. Samtliga litteraturstudier uteslöts från resultatet i föreliggande studie.

Då det gäller den teoretiska förankringen valdes Patricia Benner. Hennes domän om den undervisande och vägledande funktionen är en ide i den bästa av världar och beskriver hur sjuksköterskan skall leda och stödja patienten under vårdtiden. Idag då vårdtiderna förkortats, är det svårt att alltid invänta och lära känna patienterna under vårdtiden, så att det optimala då det gäller patientinformation och undervisning kan infrias. Ändå var det givande och lärorikt att analysera artiklarna utifrån en teori, men det var viss svårighet att kategorisera resultaten utifrån Benners tankesätt.

### **Resultatdiskussion**

Sambandet mellan evidensbaserad omvårdnad och hur detta når fram till patienten, är ett relativt outforskat område. Ändå är omvårdnad en disciplin som skall vila på vetenskaplig grund. Patientinformation och patientundervisning ingår i sjuksköterskans omvårdnadsområde. Att använda sig av evidensbaserad kunskap är därför av största vikt. Att använda sig av en teori i den kliniska verksamheten, då det gäller patientinformation och patientundervisning, kan vara en utgångspunkt för det dagliga omvårdnadsarbetet.

Flera författare beskriver värdet av att betrakta ”patienten som kund”. Dock känns det främmande att använda denna benämning av den sjuke, då kundperspektivet oftast är alltför förknippat med köp och sälj. Om man istället ser patienten som en likvärdig partner, där sjuksköterskan och patienten har olika kunskap att delge varandra, blir det dock en annan typ av kundrelation. Att kalla patienten för individ är därför ett sätt att ge värdighet och det speglar bättre den likvärdige patientens ställning.

### ***Val av tidpunkt: Att fånga upp patientens beredvillighet att lära***

Då man diskuterar när under sjukdomsprocessen information och undervisning skall äga rum, är det individens behov som hela tiden måste få styra. Individens situation förändras ständigt och ny kunskap behövs kontinuerligt. Många är nöjda med den information de får, men vill å andra sidan hela tiden ha mer. De vill inte fråga efter information hela tiden, utan vill att personalen skall informera kontinuerligt. Ju mer information individen får, dess då nöjdare är denne (22). Informationen ger också minskad osäkerhet och stress och de flesta individerna vill också gärna att informationen upprepas för att vara säkra på att de uppfattat rätt.

Ett sätt att fånga upp individens beredvillighet att lära är att undervisningen börjar tidigt i sjukdomsfasen, fortsätta kontinuerligt under vårdtiden och sedan övergår till telefonkontakt eller tas över av annan vårdgivare, när individen åter är i hemmet. Denna form av undervisning stöds också av Segesten (9). Att arbeta på detta sätt är också viktigt för att individen skall kunna överföra den kunskap de fått under vårdtiden till att gälla i hemmet. Undervisning skall också pågå kontinuerligt, ända tills individen har etablerat det nya sättet att leva som sjukdomen kan innebära. Ett av de viktigaste målen med information och undervisning är, att ge individen så mycket kunskap, att risken för återfall i gamla livsstilmönster minskar. Om man följer denna rekommendation, klarar individer med långvarig sjukdom sin egenvård bättre och känner sig inte lika maktlös, vilket också Miranda et al har visat i sin studie (23).

Det är av största vikt, att sjuksköterskan ger individen möjlighet att känna sig delaktig i sin egen omvårdnad. Nya rön visar att individer som är mer delaktiga förbättras snabbare. Genom att sjuksköterskan lockar fram och lyssnar på den information som individen och dennes närstående har att ge, och utgår från den vid den information som ges, visar sjuksköterskan hur viktig individen är som likvärdig partner. Detta är ett villkor för att nå utbyte, då det gäller information och undervisning (22, 30, 31). Om man som sjuksköterska är medveten om detta blir informationen/undervisningen på individens villkor och individen har lättare för att ta till sig informationen.

En annan aspekt som hänger samman med att underlätta för individens lärande och förståelse för vad som sker, är vikten av att dokumentera vilken information och undervisning individen fått. Vårdpersonalen bör dokumentera informationen/undervisningen systematiskt, så att den personal som kommer in senare i vårdkedjan vet vilken information individen fått tidigare under sjukdomsförloppet. På detta sätt skapas kontinuitet och undervisningen blir en process som går framåt (25). Ännu bättre än att skiva ner vilken information individen tillhandahållit, skulle vara att skriva ner hur individen har uppfattat den givna informationen. Om individen får en kopia på de dokument som skrivs under vårdtiden, har individen möjlighet att se vad som skrivits och vad andra eventuella vårdgivare får information om.

### ***Att bistå patienten med att integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i livsföringen***

Det är allmänt känt att inlärningsförmågan hämmas när en människa är spänd och orolig inför något. Att som sjuksköterska få individen att förstå vad det är som händer under vårdtiden, kan få denne att bli lugn. För att integrera sjukdomen och tillfrisknandets villkor i livsföringen gäller det, att som individ känna att man själv har kontroll över vad det är som händer. Ett aktuellt och framgångsrikt sätt

att uppnå detta på, är att använda sig av kognitiv beteendeterapi (KBT), alltså undervisning på kognitiv grund. Detta sätt att arbeta, underlättar anpassningen till stressiga händelseförlopp, genom att underlätta för individen att förstå. Förståelsen av sjukdomen och behandlingsrelaterade problem blir mer effektivt, vilket har en positiv effekt på fysiska och funktionella faktorer. Detta har bland andra visats av Templeton & Coates (26).

En av sjuksköterskans främsta uppgifter är att ge individen möjlighet att själv ta kontroll över sitt eget tillfrisknade. Att som sjuksköterska dela med sig av sin kunskap, är att ge individen kontroll, detta i motsats till att som vårdtagare vara hjälplös. Då man har kontroll begränsas fantasin, och istället för att vara osäker, vet individen vad han/hon har att förvänta sig och har kontroll över sin situation. Detta är av största betydelse. Mängden kunskap som man exempelvis har med sig hem, efter att varit inne i sjukvården, är avgörande för om det kommer att fungera där eller inte eftersom kunskapsbrist är en av orsakerna till om det inte fungerar. Om en individ är kunnig, blir det lättare för denne att arbeta sig igenom dilemman som hör samman med sjukdomen. Individen kan arbeta sig framåt i sin situation och upplever också mindre emotionell stress. Detta stöds också av flera studier där resultaten visat att kunskap kan förhöja emotionellt välbefinnande och livskvalitet (23, 26).

### ***Att locka fram och förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet***

Många studier bekräftar att den muntliga informationen bör kompletteras med skriftlig sådan (24, 25, 30). Detta blir naturligtvis ännu viktigare för en sjuk människa i en främmande miljö. Skriftlig information i motsats till muntlig gör att individen i lugn och ro kan läsa om det som är aktuellt i den just då rådande situationen. För att den skriftliga informationen skall uppnå maximalt värde bör sjuksköterska efter det att individen läst informationen till exempel inför en operation eller undersökning, föra en diskussion runt innehållet, detta för att individen skall få möjlighet att ställa följdfrågor. Flera studier visar också att detta är ett bra sätt för att få förståelse för vad som hänt, eller för det som kommer att hända i framtiden (23, 26, 29, 31). På detta sätt blir den skriftliga informationen ett bra sätt att få individen att visualisera och verbalisera det som händer under vårdtiden. Individen förstår också att det är tillåtet att fråga, vågar kanske också ställa de frågor som är viktigast för henne/honom just då. På detta sätt förstår också sjuksköterskan hur individen tänker och utifrån det kan ytterligare information tillfogas den redan givna, om det behövs. Att på detta sätt låta individen tala om sin sjukdom och bygga vidare på tolkningar som hon eller han gör, kan vara ett bra sätt för denne att komma vidare i sin upplevelse och sitt tillfrisknande. En annan fördel med den skriftliga informationen, är att individen kan repetera och återkomma till den vid behov. Dessutom kan de närstående ta del av informationen och hålla sig informerade. De närstående kan också vid behov upprepa informationen för den sjuka personen.

Den skriftliga informationen som individen får bör innehålla två delar, en generell och en individuell. Att den individuella delen läggs till den generella, är av största värde (23, 31). Den generella informationen kan bestå av till exempel beskrivningen av sjukdomen och vilka undersökningar som skall göras och hur dessa går till. Den individuella kan till exempel innehålla vilken behandling och rehabilitering som gäller i det aktuella fallet, för just den individen.

### ***Att erbjuda en tolkning av patientens tillstånd och en förklaring till åtgärder***

För att en individ skall känna trygghet och tillit när denne kommer in i vården, är det viktigt att personalen är kunnig och inger förtroende och säkerhet. För att individen skall känna denna trygghet då information lämnas är det bäst om det sker mellan två personer, speciellt om individen är rädd när information ges. Man skall alltid vara ärlig och känner individen att så är fallet, finns tilliten där. Detsamma gäller när individen får information av någon som han/hon litar på, då lyssnar man och tar till sig på ett mycket bättre sätt.

Det är ett känt faktum att en av de saker som det klagas mest på inom vården är på informationen. Ändå vet vi också att sjuksköterskor informerar och undervisar mer än någonsin. Varför når då inte informationen fram? Samspelet mellan människor ser olika ut. Inom omvårdnadsarbetet finns oftast en relation, någon form av samspel mellan vårdgivare och vårdtagare. För att ett bra samspel mellan dessa skall komma till stånd, krävs att såväl vårdgivare som vårdtagare accepterar varandras närvaro. I en relation där individen känner att acceptans finns är det lättare att en bra dialog kommer till stånd. På så sätt blir det balans; information flödar mellan vårdgivare och vårdtagare, båda parter lär sig av varandra och "vårdtagaren" känner sig mer som en likvärdig partner. Exempel på att detta förekommer har visats inom psykiatri och geriatrik (22). Där är det mer fokus på individens behov och inte så mycket på sjuksköterskans. Om inte detta likvärdiga samtal kommer till stånd, blir samtalet mer som en ren informationsgivning, inga öppna frågor förekommer, det blir mer som en frågesport. Det blir inget informationsutbyte, ingen diskussion om vårdtagarens tidigare kunskap eller om det som denne verkligen vill diskutera. Kan det vara så att vi sjuksköterskor inte är lyhörda, på grund av att vi så gärna vill hjälpa till och visa oss duktiga?

Personalens uppfattning om individens behov av att få svar på sina frågor om de problem som hon eller han har, stämmer inte alltid överens med individens uppfattning om vad som är aktuellt att fråga om. Personalen frågar alltför sällan individerna om deras uppfattning och erfarenheter. Det gäller ju individens eget liv! Istället för att sjuksköterskan föreslår orsak och lösningar på individens problem, har ofta individen själv lösningen på det aktuella problemet, om bara sjuksköterskan tar sig tid att lyssna. Antagligen vinner man tid genom detta. Om dialogen sker på det viset känner individen att hon eller han kom på lösningen själv, känner sig delaktig och kan själv återta kontrollen. Då individen är motiverad och själv söker efter råd för att hitta en bra lösning uppnås ofta det bästa resultatet.

Sjuksköterskan kan genom olika åtgärder öka individens möjligheter att leva ett meningsfullt liv. Ett sätt kan vara att lära individen att tolka sina olika symtom och därigenom själv återta kontrollen. Att lära sig att tolka symtomen är av största vikt, eftersom varje enskild person kan ha olika signaler och symtom på samma problem (27). Därför är vikten av att individen förstår det som händer, oavsett om det är något normalt eller inte, av största betydelse. Detta är något som sjuksköterskan kan hjälpa till med. Målet för sjuksköterskan måste vara en "självständig" individ som själv måste förstå vad de skall vara uppmärksamma på. Detta för att själv kunna sätta in förebyggande insatser eller söka vård i ett tidigt skede när de känner igen sina symtom. De måste tillåta sig att ta emot också obehaglig erfarenheter under vårdtiden, för att lära inför framtiden och dra nytta av gjord erfarenhet. Om sjuksköterskan hjälper individen med detta slipper individen känna sig misslyckad. Istället kommer han/hon att känna sig nöjd då symtomen känns igen och individen vet hur han/hon skall handla. Att sjuksköterskor samarbetar med andra professioner för att identifiera vad olika symtom hos enskilda individer kan bero på är av största vikt och bör vara en självklarhet, vilket också har visats av Anells & Koch (30).

Samordning mellan olika yrkeskategorier, då det gäller information/undervisning, så att de är eniga och säger samma sak till vårdtagaren, är viktigt och ett område där förbättring kan ske. Information som ges idag, är ofta motsägelsefull, inkonsekvent och bristfällig, vilket kan leda till förvirring hos den sjuka individen. Information/undervisning kan se helt olika ut beroende på vem det är som ger den. Om vårdpersonalen är konsekvent i sin information är detta av största värde, då det underlättar informationen och det blir tydligare och klarare för individen. Det är av största vikt att de olika yrkeskategorierna kommer överens om vem som skall informera om vad. Här kommer sjuksköterskans roll och ansvar som kommunikatör, informatör och samordnare av information in (24, 25, 30).

Vem som är bäst på att ge informationen, kan bero på var i sjukdomsprocessen individen befinner sig. Sjuksköterskor och läkare är de bästa på att informera tidigt i sjukdomsförloppet, medan sjukgymnaster och arbetsterapeuter är bättre på att ge information senare. Att göra minimistandarder av information och specifika mål för en tvärprofessionell utbildning i ämnet kan vara en bra och

framkomlig väg för att lösa frågan.

### ***Den vägledande funktionen: Att göra kulturellt svårbegripliga sidor av en sjukdom begripliga***

För de flesta individer som kommer in i sjukvården är det en helt ny upplevelse och en ny värld som är svår att identifiera sig med och förstå. Det är inte bara sjukdomen man skall börja förstå sig på och sätta sig in i, utan det är hela den främmande världen som själva vården utgör som man skall förhålla sig till. Därför är det oerhört viktigt att vårdpersonalen gör allt för att underlätta och vägleda individen och dennes närstående i denna nya värld. Ett sätt att göra detta på, kan vara att försöka få individen och dennes närstående, att förstå vad som kommer att hända under hela vårdtiden, så att de är förberedda och känner sig trygga. Detta stöd av Watters & Moran (31) som visar, att om vet man vad som kommer att hända under hela sjukdomsförloppet, eller så långt det är möjligt, redan i ett tidigt skede, underlättar detta för att förstå vad som händer efterhand. Vårdpersonalen får gärna beskriva, vad som skall hända från dag till dag. Denna undervisningsprocess kan för individens del börja redan på akuten om denne kan samarbeta, och med närstående om inte individen kan. Detta sätt att arbeta är helt överförbart även till andra vårdformer än sjukhusens.

### **Konklusion**

Alla artiklar i denna litteraturgenomgång har som grund ett evidensbaserat omvårdnadsperspektiv. Vilka resultat från denna studie, kan då i framtiden användas för att förbättra informationen och undervisningen mellan vårdtagare och vårdgivare?

- Delaktighet, leder till förståelse och är en förutsättning för att individen skall kunna ta till sig information och undervisning
- Undervisningen skall vara en process, som leder fram till en kunnig individ. Ju mer kunskap individen har, ju mer kan personen klara av sin egenvård
- Muntlig information bör kompletteras med skriftlig. Den skriftliga informationen skall för att nå maximal effekt, också diskuteras då den lästs. Då uppstår ett bra tillfälle för vårdtagaren och vårdgivaren att ställa frågor till varandra, så att om det finns några oklarheter, kan dessa klaras upp
- Det är av största vikt att individen själv förstår sina symtom, för att därigenom få kontroll och veta hur han/hon skall hantera uppkomna situationer
- Samordning av informationen/undervisningen måste ske tvärprofessionellt, detta för att undvika upprepning, motsägelser och att den kan bli bristfällig
- Sjuksköterskan måste förstå vilken viktig omvårdnadsinsats han/hon gör för vårdtagaren genom att informera och undervisa på rätt sätt, och att detta kan påverka vårdtagarens livskvalitet i rätt riktning

I litteraturen framkom ovanstående, och förhoppningsvis kan resultatet leda fram till att förbättring och utveckling sker inom patientinformation och patientundervisning.

## REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) ur Författningshandbok 2006
2. Nationalencyklopedins Internettjänst, NE.se Tillgänglig 2007-01-11
3. Nationalencyklopedins Internettjänst, NE.se Tillgänglig 2007-01-11
4. American Nurses Association. The scope of nurse practice; 1994.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) <http://www.sbu.se/www/index.asp> 2007-02-04
6. Dreyfus H, Dreyfus S. Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. New York: The Free Press; 1986.
7. Benner, P. From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. California, Addison-Wesley Publishing Company Nursing Division Melno Park; 1984.
8. Rooke, L. Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag; 1995.
9. Segesten, K. Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Göteborg: K&K Segesten förlag AB; 1994.
10. Friberg, F. Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning: mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund, Pp 278. Göteborg: ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS; 2001
11. Wilson-Barnett, J. Patient teaching or patient counselling? Adv Nurs. 1988; 13 215-22
12. Almås, H. Klinisk omvårdnad I. Stockholm: Liber; 2002.
13. SOSFS 1993:17 [http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17/1993\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm) Tillgänglig 2007-02-11
14. Utbildningsprogram för sjuksköterskeutbildningen, 120 poäng. Vårdhögskolan i Stockholm, 1993.
15. Berg A, Denker K, Skärsäter I. Evidensbaserad omvårdnad, nr 3 - Behandling av personer med depressionssjukdomar. Stockholm: SBU & SSF, 1998.
16. Norberg A, Axelsson K, Hallberg IR, Lundman B. Omvårdnadens mosaik. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag; 1992.
17. Resolution approved at Council of nurses Representatives, ICN. Madrid, 1993.
18. Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm, 2005.
19. Willman A. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2002.
20. Behov av utvärdering inom sjuksköterskans arbetsområde. SBU-rapport nr 123, Stockholm, 1994.

21. Willman A. Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. *Vård i fokus* 1998; 15 (3): 4-8
22. Rycroft-Maolne J, Latter S, Yerrell P, Shaw D. Consumerism in health care: the case of medication education. *J Nurs Manag.* 2001 jul; 9 (4): 221-30.
23. Miranda MB, Gorski LA, LeFevre JG, Levac KA, Niederstadt JA, Toy AL. J, Latter S, Yerrell P, Shaw D. An evidence-based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum. *J Nurs Care Qual.* 2002 Oct; 17 (1): 1-14.
24. Crenshaw J, Winslow E. Preoperative fasting: Old habits die hard. *Am J Nurs.* 2002; 102 (5): 36-44.
25. Mortimer CM, Roderick JM, MacDonald RJ, Denis JM, McMillan IR, Ravey J, Steedman WM. A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information. *Patient Educ Couns.* 2004; 54: 221-26.
26. Templeton H, Coates V. Evaluation of an evidence-based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. *Patient Educ Couns.* 2004; 55 (1): 55-61.
27. Annells M, Koch T. Older people seeking solutions to constipation: the laxative mire. *J Clin Nurs.* 2002; 11: 603-12.
28. Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimens Crit Care Nurs.* 1999; 18 (1): 8-12.
29. Callaghan P, Yuk-Lung C, King-Yu I.Y, Siu-Ling C. Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *J Adv Nurs.* 1998; 28 (3): 576-83.
30. Annells M, Koch T. Constipation and the preached trio: diet, fluid intake, exercise. *Int J Nurs Stud.* 2003; 8 (40): 843-52.
31. Watters CL, Moran WP. Hip Fractures-A Joint Effort. *Orthop Nurs.* 2006 May; 25 (3): 157-67.

**ARTIKELPRESENTATION****Referens nr 22**

- Författare:** Rycroft-Maolne J, Latter S, Yerrell P, Shaw D  
**Titel:** Consumerism in health care: the case of medication education  
**Tidskrift:** J Nurs Manag. 2001 jul; 9 (4): 221-30  
**Land:** England  
**Syfte:** Syftet var att undersöka hur diskussionerna gick mellan äldre patienter och sjuksköterskor då det gällde medicinering. Vad togs upp, hur mycket togs upp och vad hände under mötet?  
**Metod:** Kvalitativ, icke deltagande observation och bandade intervjuer.  
**Resultat:** Resultatet visade på värdet av att patienterna var delaktiga, och att detta var ett villkor för att ett utbyte av informationen mellan patient och sjuksköterska skulle ske. Sjuksköterskorna gav ofta yttlig information om läkemedlen, men sjuksköterskorna vid de psykiatriska och rehabiliterande klinikerna skiljde ut sig genom att ge en djupare information och där var patienterna också mer delaktiga.  
**Referenser:** 30

**Referens nr 23**

- Författare:** Miranda MB, Gorski LA, LeFevre JG, Levac KA, Niederstadt JA, Toy AL, J, Latter S, Yerrell P, Shaw D  
**Titel:** An evidence-based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum  
**Tidskrift:** J Nurs Care Qual. 2002 Oct; 17 (1): 1-14  
**Land:** USA  
**Syfte:** Undersökningen hade två syften, att samordna bästa evidensbaserade praxis för att snabbt stabilisera individer med hjärtproblem, samt att införa, samordna och implementera patientundervisningen för att stödja egenvård i hemmet med hjälp av utvärderade metoder. Alla verktyg som skapades var för att individen bättre skulle klara sin egenvård.  
**Metod:** Interventionsstudie. Ett stort tvärprofessionellt team bildades. Ur denna skapades en grupp, som specifikt skulle titta på patientinformationsmaterial. Verktygen för att ta fram detta baserar sig på ACC/AHA riktlinjer angående hjärtsviktpatienter samt annan utvald litteratur.  
**Resultat:** Det är viktigt att undervisningen börjar tidigt i sjukdomsfasen, fortsätter kontinuerligt under vårdtiden. Viktigt att patienterna kan tolka sina egna symtom, och kanske genomföra vissa kontroller själv, så att de vet när det är allvar och kan larma. Patienten måste också veta vart han skall vända sig vid behov för att känna sig trygg. Den skriftliga informationen var av största värde eftersom patienterna kunde återkomma till den och repetera vid behov. Den skriftliga informationen skulle innehålla två delar, en generell och en del individuell. Att den individuella lades till var av största värde för patienten.  
**Referenser:** 7

**Referens nr 24**

- Författare:** Crenshaw J, Winslow E  
**Titel:** Preoperative fasting: Old habits die hard  
**Tidskrift:** Am J Nurs. 2002; 102 (5): 36-44  
**Land:** USA  
**Syfte:** Syftet var att undersöka om de rekommendationer som gavs 1999 av the American society of Anesthesiologists angående fasta inför operation hade slagit igenom i praktiken.

- Metod:** Kvalitativ metod. Intervju med 155 individer om deras preoperativa fasta inför elektiv kirurgi. Inför intervjuerna tränades sjuksköterskorna i att intervjua dessa med ett protokoll, ett semistrukerat instrument. Intervjun tog 15 minuter och gjordes post operativt.
- Resultat:** Sjuksköterskorna var de som bör samordna patientinformationen så att olika yrkeskategorier går ut med samma budskap. Skriftlig information bör komplettera muntlig, adekvata följdfrågor på informationen ställas, detta för att se så att patienten uppfattat instruktionerna rätt. Viktigt för patienterna var att komma in på utsatt operationstid, detta för att de skulle kunna behålla kontrollen och kunna förhålla sig. Patienterna visste ofta vad de skulle göra, men visste inte varför. De ville lära sig hur olika symtom skulle tolkas och vad de själva kunde göra för att hantera olika tillstånd.
- Referenser:** 25
- Referens nr** 25
- Författare:** Mortimer CM, Roderick JM, MacDonald RJ, Denis JM, McMillan IR, Ravey J, Steedman WM
- Titel:** A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information
- Tidskrift:** Patient Educ Couns. 2004; 54: 221-26
- Land:** Skottland
- Syfte:** Syftet var att jämföra patienternas behov av information, med vårdpersonalens uppfattning om deras behov av information och se om de överrensstämde, samt att därigenom kunna förbättra patientinformationen till patienter med fantomsmärtor.
- Metod:** Kvalitativ metod. Intervjuer, med en tvärprofessionell grupp bestående av 32 personer från olika yrkeskategorier varav 18 var sjuksköterskor, som i sitt arbete träffar patienterna pre- och postoperativt. Patienterna samlades i fokusgrupp för att intervjuas om uppfattningar av fantomförnimmelser och smärta samt rådande och möjlig förbättring av patientinformationen. Svaren jämfördes redan med resultaten från en tidigare gjord intervju med patienter i fokusgrupp.
- Resultat:** Patienterna ville att sjuksköterskan skulle upprepa den muntliga informationen, detta i syfte att försäkra sig om att de förstått. Skriftlig information skulle kompletteras med muntlig. Vårdpersonalen bör dokumentera informationen/undervisningen systematiskt, så att den personal som kommer in senare i vårdkedjan vet vilken information patienten fått i den akuta fasen av sjukdomsförloppet. På detta sätt skapas kontinuitet och undervisningen blir en process som går framåt. Hos de flesta av personalen fanns det oklarheter om hur informationen skulle ges och sättet att göra detta var bara svagt grundad i teori och vetenskap. Att ha insikt om hur kunskap skall levereras var helt identifierat som ett område som behövs förbättras.
- Referenser:** 32
- Referens nr** 26
- Författare:** Templeton H, Coates V.
- Titel:** Evaluation of an evidence-based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy
- Tidskrift:** Patient Educ Couns. 2004; 55 (1): 55-61
- Land:** Irland
- Syfte:** Syftet var att utvärdera effekterna av en evidens-baserad utbildning på män med prostatacancer. Frågorna tog upp kunskap om sjukdomen, symtom, livskvalitet, coping och hur nöjda de var med omvårdnaden.
- Metod:** Randomiserad kontrollerad studie. 29 personer i experimentgruppen fick patientutbildning medan 29 personer i kontrollgruppen ingen fick. En månad efter ingreppet fick alla en enkät per post.
- Resultat:** Kunskapsbrist är en av orsakerna till att det inte fungerar hemma efter sjukhusvistelse.

Kunniga patienter är bättre på att arbeta sig igenom dilemman som hör samman med sjukdomen. Slutsatsen forskarna drog från denna studie var att sjuksköterskor som arbetar med att individuellt undervisa patienter måste vara medvetna och dra lärdom av hur mycket undervisningen betyder för att höja livskvaliteten hos patienterna och vilken bra insats de gör genom detta.

**Referenser:** 42

**Referens nr** 27

**Författare:** Annells M, Koch T

**Titel:** Older people seeking solutions to constipation: the laxative mire

**Tidskrift:** J Clin Nurs. 2002; 11: 603-12

**Land:** Australien

**Syfte:** Syftet var att undersöka de äldres erfarenheter gällande förstoppning.

**Metod:** En kvalitativ och delvis kvantitativ beskrivande kartläggning där data samlades in genom grundligt genomförda semistrukturerade intervjuer med 90 äldre personer i kommunalt boende.

**Resultat:** Vårdtagarna vill kunna förstå och tolka vad olika symtom betyder, eftersom varje enskild person kan ge olika signaler på samma problem. Vikten av vårdtagarnas förståelse visades också, genom att de måste förstå vad de själva skall vara uppmärksamma på, detta för att själva kunna skall sätta in en förebyggande insats.

**Referenser:** 21

**Referens nr** 28

**Författare:** Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B

**Titel:** Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation

**Tidskrift:** Dimens Crit Care Nurs. 1999; 18 (1): 8-12

**Land:** USA

**Syfte:** Fastställa nyttan av information, utforska patientens upplevelser, fastställa nivåerna av osäkerhet och stress samt fastställa effekterna av andra variabler.

**Metod:** 19 patienter genomgick strukturerad intervju med 21 frågor samt ostrukturerad intervju med åtta öppna frågor.

**Resultat:** Samtliga patienter kände någon gång under urträningen ur respiratorn extrem osäkerhet och stress. Informationen som sjuksköterskan gav till patienten var därför mycket viktig.

**Referenser:** 21

**Referens nr** 29

**Författare:** Callaghan P, Yuk-Lung C, King-Yu I.Y, Siu-Ling C.

**Titel:** Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP)

**Tidskrift:** J Adv Nurs. 1998; 28 (3): 576-83

**Land:** Hong Kong

**Syfte:** Syftet var att mäta effekten av specifik preoperativ informations inverkan på postoperativ ångest, nöjdhet med informationen och mängden av smärtstillande medel hos män som har gjort en TURP.

**Metod:** En kontrollerad experimentell studie, med strukturerade intervjuer. Studien omfattad 30 patienter som genomgått en TURP. Experimentgrupp: 15 patienter som fick en specialgjord broschyr samt se en instruktionsvideo angående ingreppet. Kontrollgrupp: 15 patienter fick enbart se instruktionsvideon.

**Resultat:** Den skriftliga informationen var av största värde för att patienten skulle förstå. Informationsbroschyren gjorde att patientens verbala och visuella möjligheter förstärktes. Då det gäller patienternas oro och ångslan före operation finns det ingen

skillnad i om man före operation enbart visat videofilm eller om man kompletterade med en broschyr. Patienterna som fick både video och skriftlig information före operation upplevde en större tillfredsställelse med informationen än de som enbart fick se video före operation. Däremot upplever patienterna en påtagligt mindre oro och ängslan postoperativt om de fått både skriftlig information och möjlighet att se video preoperativt. Däremot fanns ingen skillnad i postoperativ smärta beroende på om de fick skriftlig information som tillägg till att se videon. Någon systematisk kontroll av om patienten förstod innehållet i den skriftliga broschyren gjordes inte.

**Referenser:** 41

**Referens nr** 30

**Författare:** Annells M, Koch T

**Titel:** Constipation and the preached trio: diet, fluid intake, exercise

**Tidskrift:** Int J Nurs Stud. 2003; 8 (40): 843-52

**Land:** Australien

**Syfte:** Huvudsyftet var att ta reda på vårdtagarnas åsikter och sedan att redovisa undersökningens resultat för vårdgivarna som sedan skulle agera utifrån resultatet.

**Metod:** En kvantitativ och delvis kvalitativ beskrivande undersökning av 90 äldre personer där data var insamlade med ingående, halvstrukturerade intervjuer. Samtliga intervjuade personer använde laxerande medel eller andra läkemedel för att bota förstoppning. Två pilotstudier, en i England och en i Australien identifierade behovet av denna omfattande studie.

**Resultat:** Det är av största vikt att vårdtagaren är delaktig i varför de skall göra något, och motiveras istället för att enbart få reda på vad forskningen säger. Istället för att rekommendera några förslag till åtgärd angående förstoppningen, är samarbete och diskussion avgörande för att de äldre skall förstå och kunna återta kontrollen. Skriftlig information, där åtgärder för att förhindra förstoppning beskrivs, kan underlätta för att få vårdtagaren att förstå.

**Referenser:** 31

**Referens nr** 31

**Författare:** Watters CL, Moran WP

**Titel:** Hip Fractures-A Joint Effort

**Tidskrift:** Orthop Nurs. 2006 May; 25 (3): 157-67

**Land:** United States

**Syfte:** Syftet var att förbättra omhändertagandet av patienter som fått höftfraktur. Fyra mål sattes upp för att nå detta, varav ett var att göra patient- och närstående undervisning till en naturlig del av rehabiliteringen.

**Metod:** Publicerad evidensbaserad litteratur granskades, och var grunden för att ta fram uppgifter, som följde patientens hela väg, från akuten till hemmet. Detta gjordes av en tvärprofessionell grupp som sedan utarbetade en modell, förändringar genomfördes utifrån evidensen och förankrades ut i aktuell organisation. Patienten och deras närstående involverades under hela vårdkedjan för att övervaka att allt gjordes på bästa sätt för aktuell patient.

**Resultat:** Forskarna fann att det var av största vikt att patienterna och deras närstående var delaktiga under hela sjukdomsförloppet. Detta för att lättare kunna hantera olika situationer. Skriftliga mål under vårdtiden som är generella och samtidigt anpassade individuellt var av största värde.

**Referenser:** 32