



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **ATT SÅ ETT FRÖ**

**SJUKSKÖTERS KANS UPPLEVELSER AV ATT  
MOTIVERA PATIENTER MED  
KRANSKÄRLSJKUDOM TILL EGENVÅRD**

**ALEXANDRA BOTVID  
MAJA FRÖBERG**

# ATT SÅ ETT FRÖ

## SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV ATT MOTIVERA PATIENTER MED KRANSKÄRLSJUKDOM TILL EGENVÅRD

ALEXANDRA BOTVID  
MAJA FRÖBERG

Svenskt abstrakt:

Botvid, A & Fröberg, M. Att så ett frö. Sjuksköterskans upplevelser av att motivera patienter med kranskärlsjukdom till egenvård. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2012.

Sjuksköterskan ska vid behov kunna motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt bedöma patientens förmåga till egenvård. Dock finns ingen enhetlig praxis för att göra detta trots att många sjukdomar skulle kunna förebyggas med hjälp av egenvård, däribland kranskärlsjukdom som skördar många liv i Sverige varje år. Även den som redan har drabbats har mycket att vinna. Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att motivera patienter med kranskärlsjukdom, inläggande på en kardiologisk vårdavdelning, till egenvård. Metod: Studiens design är en kvalitativ intervjustudie. Sju allmänsjuksköterskor som arbetade på en kardiologisk vårdavdelning intervjuades. Materialet transkriberades och analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys utifrån Hällgren-Graneheim och Lundman (2008). Resultat/Slutsats: Sjuksköterskorna upplever stärkande och hindrande omständigheter i sitt arbete med att motivera patienter till egenvård. Det finns möjligheter att så ett frö hos patienterna innan de skrivs ut dock kräver det att sjuksköterskan har förmågan att känna av patienten samt litar på andra i samarbetet kring patienten. För att sjuksköterskan ska kunna motivera patienterna till egenvård krävs också att hänsyn tas till olika bakomliggande faktorer som kan påverka en persons beteende och därigenom möjligheterna att nå fram till patienten. För att sjuksköterskan ska känna att han/hon räcker till i arbetet med att motivera patienter med kranskärlsjukdom till egenvård behövs mer utbildning samt att mer tid avsätts för detta arbete.

*Nyckelord:* egenvård, motivation, kranskärlsjukdom, patientundervisning, sjuksköterskan, upplevelser

# TO PLANT A SEED

## NURSES EXPERIENCES OF MOTIVATING PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE TO SELF-CARE

ALEXANDRA BOTVID  
MAJA FRÖBERG

Engelskt abstract:

Botvid, A & Fröberg, M. To plant a seed. Nurses experiences of motivating patients with coronary artery disease to self-care. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Care, 2012.

The nurse should be able to motivate patients to change their lifestyle and assess the patient's ability to self-care. However, there is no standardized practice to do this despite the fact that many diseases could be prevented through self-care, including coronary heart disease that claims many lives in Sweden each year. Even those who are already ill have much to gain through self-care. Purpose: The purpose of this study was to describe nurses' experiences of motivating patients with coronary artery disease, hospitalized on a cardiology ward, to self-care. Method: The study design is a qualitative interview. Seven general nurses working in a cardiology ward were interviewed. The material were transcribed and analyzed using qualitative content analysis according Hällgren- Graneheim and Lundman (2008). Results/Conclusion: The nurses experienced invigorating and hindering factors in their efforts to motivate patients to self care. There are possibilities to plant a seed in the patients mind before they are discharged, however, that requires that the nurse has the ability to read the patient, and trust others in the work around the patient. In order that the nurse should be able to motivate patients to self-care is also required to take into account the different underlying factors that can affect a person's behavior and thereby the possibilities to reach the patient. To make the nurse feel that he/she is sufficient for the work to motivate patients with coronary artery disease to self-care is needed more education and that more time is allocated for this work.

*Keywords:* coronary artery disease, experiences, motivation, nurses, patient-education, self-care

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>5</b>
<i>Hälsofrämjande arbete i hälso- och sjukvården</i>	5
<i>Kranskärlsjukdom</i>	6
Egenvård vid kranskärlsjukdom	6
<i>Teoretisk referensram</i>	7
Dorothea Orems teori om egenvård	7
<i>Patientundervisning</i>	8
<b>METOD</b>	<b>9</b>
<i>Urval</i>	9
<i>Datainsamling</i>	10
<i>Dataanalys</i>	10
Figur 1	11
<i>Etiska övervägande</i>	11
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
Figur 2	11
<i>Sjuksköterskans upplevelser av hindrande omständigheter</i>	12
Att inte nå fram	12
Att inte rätta till	12
<i>Sjuksköterskans upplevelser av stärkande omständigheter</i>	13
Att lita på andra	13
Att känna av patienten	14
Att så ett frö	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<i>Metoddiskussion</i>	15
<i>Resultatdiskussion</i>	17
<b>SLUTSATS</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSLISTA</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA 1- Intervjuguide</b>	<b>23</b>
<b>BILAGA 2- Informationsbrev</b>	<b>24</b>

## **INLEDNING**

Sjuksköterskan ska vid behov kunna motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005). Dock finns ingen enhetlig praxis för att göra detta i Sverige (Socialstyrelsen, 2011). Därför finns stor risk att detta arbete blir helt beroende av ”eldsjälar” och för att undvika detta pekar SBU (2010) på ett behov av att utveckla patientundervisningen.

Kranskärlsjukdom är en stor folksjukdom som skördar många liv i Sverige varje år (Hjärt Lungfonden, 2010). Dock kan sunna levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärlsjukdom och även den som redan har drabbats har mycket att vinna genom egenvård (WHO, 2012-01-31). För att förebygga återkommande kranskärlsjukdom är egenvårdsråd som ges direkt i samband med insjuknandet likvärdigt med preventiv medicinering (Chow CK m.fl, 2010). Orem (1995) menar att det är sjuksköterskans roll att tillsammans med patienten uppnå egenvård om patienten inte klarar av detta själv.

Patienten står ofta i fokus i den forskning som författarna hittat gällande att motivera patienter till egenvård. Likaså förefaller forskningen främst beröra primärvårdens roll i detta. Dock har författarna inte hittat någon studie som beskriver hur sjuksköterskor som arbetar på en avdelning med patienter som drabbats av kranskärlsjukdom upplever detta arbete.

## **BAKGRUND**

Nedan följer en sammanfattning av det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården. Därpå beskrivs vad kranskärlsjukdom innebär samt egenvård i samband med denna sjukdom. Dorothea Orems egenvårdsteori samt patientundervisning beskrivs därefter.

### **Hälsofrämjande arbete i hälso- och sjukvården**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det sjukdomsförebyggande arbetet en del av hälso- och sjukvårdens uppgift och därför också en given del av allmänsjuksköterskans arbete. Detta klargör Svensk sjuksköterskeförening (2007) genom ICN:s etiska kod för sjuksköterskor där sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden framhävs: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande.

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) står det att sjuksköterskan ska främja hälsa och förebygga ohälsa. För att kunna göra detta krävs förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Där står även beskrivet att sjuksköterskan vid behov ska motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård. I kompetensbeskrivningen ingår även att undervisa och stödja patienter och närstående i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa. Likaså att motverka komplikationer i samband med sjukvård, vård och behandling (a a).

WHO (2012-01-31) menar att sunda levnadsvanor kan förebygga 80 procent av all kranskärlsjukdom och även 30 procent av all cancer. Genom att integrera hälsofrämjande arbete i sjukvården skulle även typ 2-diabetes kunna fördröjas eller förebyggas. Även den som redan är sjuk kan göra stora hälsovinster genom att förbättra sina levnadsvanor (a a).

Trots detta har det sjukdomsförebyggande arbetet ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (2011) ansåg att det inte fanns någon enhetlig praxis och publicerade därför Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna fokuserar på levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor som i sin tur kan leda till ohälsa. Huvudparten av alla åtgärder i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är någon form av rådgivning eller samtal. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling. På lång sikt kan användandet av dessa rekommendationer leda till besparingar av sjukvårdskostnader för sjukdomar relaterade till livsstil som skulle kunna förebyggas. Dock har Socialstyrelsen bedömt att rekommendationerna på kort sikt kommer att medföra en kostnadsökning för hälso- och sjukvården, i form av den tid som personalen behöver avsätta i detta avseende. Likaså kommer vården att behöva satsa på kompetenshöjningar och utbildning för att öka kunskapen om och påverka attityden till sjukdomsförebyggande arbete (a a).

### **Kranskärlsjukdom**

Kranskärlssjukdom, det vill säga kärllkramp eller hjärtinfarkt, är en av vår tids stora folksjukdomar (Hjärt Lungfonden, 2010). Det innebär att sjukliga förändringar - så kallad åderförfettning - uppstår i väggarna i ett eller flera av hjärtats kranskärl. Vid kärllkramp uppstår en övergående ischemi i hjärtmuskulaturen. Vid ökad ansträngning kommer detta leda till bröstsmärta vilket är det tydligaste symtomet vid kärllkramp, dock kan den instabila kärllkrampen ge sig till känna även i vila. Vid hjärtinfarkt uppstår akut syrebrist som är orsakat av ett plack som uppstått i ett förfettat kranskärl. Om placket brister aktiveras trombocytorna och bidrar till att en propp bildas som stoppar blodflödet och orsakar akut ischemi i delar av hjärtmuskulaturen. Är ischemin långvarig kommer hjärtmuskelcellerna att dö. I Sverige drabbas varje år 36000 personer av hjärtinfarkt varav 11000 avlider. Trots att vården ständigt förbättras kommer kranskärlsjukdomar att fortsätta vara en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige. Rökning och höga blodfetter är de två enskilt största riskfaktorerna för att drabbas. Men även fysisk inaktivitet, högt blodtryck, diabetes, stress och övervikt tillsammans med ohälsosam mat ökar risken. Det är avgörande att sätta in mediciner som sänker det farliga LDL-kolesterolet i blodet i ett tidigt skede (a a). Dock visade en studie av Chow m.fl (2010) att rådgivning med syftet att ändra ohälsosamma levnadsvanor är likvärdigt med preventiv medicinering för att förebygga återkommande kardiovaskulära sjukdomar efter akut kranskärlsyndrom och att detta bör göras direkt i samband med insjuknandet.

### ***Egenvård vid kranskärlsjukdom***

Enligt Interheart studien (Yusuf, 2004) finns det nio riskfaktorer som kan förklara mer än 90 procent av riskerna för att drabbas av hjärtinfarkt nämligen; tobaksbruk, höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes, bukfetma, stress, för lite fysisk aktivitet, för litet intag av grönsaker och frukt och för stort alkoholintag. Genom

att förändra dessa livsstilsfaktorer kan en stor del av kranskärlsjukdom förebyggas (a a).

Efter att ha blivit behandlad för kärlkramp eller hjärtinfarkt är många rädda för att röra på sig (Hjärt Lungfonden, 2008). Fysisk aktivitet är dock ett viktigt recept i tillfrisknandet samt i sekundärpreventionen av kranskärlsjukdom. Det är viktigt att komma igång men med långsam upptrappning. På sjukhusen brukar den första etappen bestå i att återgå till samma form som innan insjuknandet. Andra steget är att ytterligare förbättra sin kondition genom regelbunden träning. Efter rehabiliteringen är det viktigt att fortsätta på egen hand och 30 minuters promenad brukar vara en vanlig rekommendation. Andra rekommendationer kan vara att cykla, simma, dansa, eller gympa. Många vårdcentraler har börjat med Fysisk aktivitet på recept, FaR, som en komplettering till behandlingen (a a).

I länder som Japan, Kina och Medelhavsländerna har befolkningen generellt ett lägre kolesterolvärdet än i Sverige och också lägre andel drabbade av kranskärlsjukdom (Hjärt Lungfonden, 2010). Den avgörande skillnaden på mathållningen mellan dessa länder och Sverige är fettkvaliteten samt intaget av frukt och grönt. I Sverige äts mer mättat fett och mindre enkelomättat fett, exempelvis olivolja som sänker kolesterolnivåerna. Ett sätt att minska andelen mättat fett i maten är att välja magrare mejeriprodukter och äta mer fibrer och grönsaker. För att öka intaget av de goda fetterna bör man äta fet fisk flera dagar i veckan. Genom att även minska saltintaget kan man på ett effektivt sätt minska sitt blodtryck (a a).

Som nämnts tidigare är rökning en av de största riskfaktorerna för att drabbas av kranskärlsjukdom (Smith m.fl, 2009). Det har visat sig vara kostnadseffektivt att börja med intensiv rökavvänjning och sekundärprevention med dessa patienter redan på sjukhuset. För att kunna göra detta krävs en enhetlig praxis samt att rökavvänjningen följs upp efter sjukhusvistelsen (a a).

### **Teoretisk referensram**

Denna uppsats kommer att genomsyras av en teoretisk referensram vilken sedan kommer att ställas i förhållande till resultatet.

#### *Dorothea Orems teori om egenvård*

Orem (1995) menar att alla individer har egenvårdsresurser men att alla inte använder dem medvetet och aktivt, av olika skäl, för att främja sin hälsa. Egenvård påverkas bland annat av individens hälsostatus och omgivningsfaktorer. Detta är något som individen måste lära sig samt kontinuerligt utföra. När individens möjlighet för egenvård är begränsad eller inte alls existerar har sjuksköterskan en roll att tillsammans med patienten uppnå egenvård (a a).

Egenvårdskrav är summan av de egenvårdsaktiviteter som krävs för att tillgodose patientens universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov samt aktiviteter som krävs för att upprätthålla hälsa (Orem, 1995).

När det finns en obalans mellan patientens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav så utvecklas egenvårdsbrist (Orem, 1995). Detta är också knutet till begränsningar i patientens egenvårdskapacitet. Dessa kan enligt Orem (a a) bero på begränsade

kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut samt begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat.

Egenvårdskapaciteten definieras som en komplex, inlärd förmåga att tillgodose de egna behoven av en vård som upprätthåller eller främjar välbefinnande och hälsa (Orem, 1995). Denna krävs för att patienten både ska se sina egenvårdsbehov, och ha kraft att fullfölja dessa. Detta utvecklas spontant i det vardagliga livet med hjälp av instruktioner från andra. Egenvårdskapaciteten varierar efter individens ålder, hälsotillstånd, kunskaper, utbildning, livserfarenhet, kulturmönster och resurser. Dessa förhållanden betecknas av Orem (a a) som grundläggande styrande faktorer.

Teorin om omvårdnadssystem omfattar begreppen omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och olika omvårdnadssystem (Orem, 1995). Omvårdnadskapacitet omfattar de kunskaper, attityder, färdigheter och egenskaper som krävs för att utföra omvårdnad. Detta är enligt Orem en komplex inlärd förmåga som kräver speciell utbildning. Orem menar att de viktigaste komponenterna i omvårdnadskapaciteten är konst (kreativ tolkning och handling i omvårdnadssituationer), vilja och motivation till att utföra god omvårdnad samt speciella praktiska färdigheter. Dessa är nödvändiga komponenter i omvårdnadskapaciteten (a a).

Orem (1995) menar även att alla sjuksköterskor använder sig av fem olika hjälpmetoder beroende på vilka egenvårdsbehov patienten har: handla eller utföra åt en annan person, vägleda en annan person, stödja en annan person, skapa en utvecklande miljö samt att undervisa en annan person.

Hon skiljer också mellan tre omvårdnadssystem nämligen fullständigt kompenserande, delvis kompenserande och stödjande/undervisande (Orem, 1995). De sistnämnda består i hjälpmetoderna stöd, vägledning, skapa en utvecklande miljö samt undervisning.

Orem (1995) menar att ett av omvårdnadens problemområden ligger i svårigheterna att identifiera olika typer av egenvårdsbrist. För att kunna förhålla sig till den enskilde patientens egenvårdsbrist måste sjuksköterskan kunna bedöma både patientens egenvårdskrav och dennes förmåga att utföra nödvändig egenvård.

## **Patientundervisning**

Enligt Söderqvist Klang (2008) innefattar patientundervisning allt från hälsoinformation, hälsoundervisning till undervisning av patienter som är drabbade av en sjukdom. Patientundervisningen ingår i omvårdnadsprocessens samtliga faser; bedömning, diagnos, planering, genomförande och uppföljning (a a). Rankin m.fl (2005) menar att den sjuksköterska som förstår principerna bakom patientundervisning och inläring lättare kan hjälpa patienten att uppnå hälsosammare levnadsvanor. För att som patient kunna ändra sina levnadsvanor måste denne förstå varför förändringen måste ske och först då kan motivation uppstå (a a).

Enligt SBU (2010) efterlyser patienter information i ett tidigt skede av sin sjukdom likaså uppföljning och upprepning av information i sjukdomens olika skeden. Patienterna ansåg också att det var viktigt att få information vid rätt tidpunkt samt att hänsyn togs till kulturella och religiösa faktorer. Likaså ansåg de patienter som fått generell utbildning i egenvård att det var viktigt då det gav en möjlighet till att

kommunicera med vårdpersonalen samt att de efteråt kunde hantera sin sjukdom och behandling bättre (a a).

SBU (2010) ansåg att de patienter som är i störst behov av utbildning och stöd inte nås av patientutbildning. Detta gäller även personer som tillhör olika etniska och religiösa grupper. De pekar på ett behov av att standardisera patientundervisningen i Sverige och menar vidare att patientutbildning som baseras på empowerment<sup>1</sup> och self-efficacy har bättre effekt än program som inte teoribaseras (a a).

Self-efficacy innebär att patienten tror på sin egen förmåga att klara av en specifik uppgift (SBU, 2010). Detta är ett begrepp som ofta används inom empowerment som har som mål att stärka patientens självständighet och makt över sitt eget liv (a a). Self-efficacy har visat sig vara den viktigaste faktorn som påverkar motivation till förändring hos patienter med kranskärtsjukdom (Kang, 2010).

För att lyckas med egenvården hos dessa patienter är motivation en viktig faktor (Lukkarinen & Hentinen, 1997). Ett sätt för sjuksköterskan att kunna motivera patienter till egenvård är genom MI-samtal- motiverande samtal (Holm Ivarsson m.fl, 2010). Denna metod är en förändringsinriktad, patientcentrerad och styrande samtalsteknik som används främst inom livsstilsområden. Det är en typ av rådgivning där samarbetet mellan patient och sjuksköterska stimulerar till att stärka patientens egen motivation på ett positivt sätt. Detta görs genom att bekräfta patienten, ställa öppna frågor, reflektera och sammanfatta (a a). Flera studier visar på den genomslagskraft som MI-samtal kan ge för att motivera patienter till livsstilsförändring bland annat en studie av David R Thompson (2011). Studien visar på att metoden är användbar i syftet att motivera patienter med risk för att drabbas av kranskärtsjukdom (a a). Freyer-Adam m.fl (2008) visade i sin studie att inneliggande patienter som screenats för alkoholproblem och fick motiverande samtal under tiden på sjukhuset visade större beredskap för att ändra sina levnadsvanor än de som inte fick motiverande samtal.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att motivera patienter med kranskärtsjukdom, inneliggande på en kardiologisk vårdavdelning, till egenvård.

## **METOD**

Studiens design är en kvalitativ intervjustudie.

### **Urval**

Ett strategiskt urval enligt Paulsson (2008) eftersträvades. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanterna arbetade som allmänsjuksköterskor på en kardiologisk vårdavdelning med patienter som drabbats av kranskärtsjukdom.

---

<sup>1</sup> Egenmakt (Rankin m.fl, 2005)

För att komma i kontakt med dessa skickades förfrågningar via e-mail till 20 allmänsjuksköterskor på avdelningen. En person ville delta och svarade på mailet, resten svarade inte varpå en påminnelse skickades ut. Ingen svarade på påminnelsen och författarna kontaktade därför avdelningschefen för att få tillstånd att besöka avdelningen i syfte att informera om studien och samla in respondenter. Detta genererade i att ytterligare sju anmälde sig. En sjuksköterska exkluderades dock då hon arbetade på mottagningen dit patienterna kommer på återbesök efter två veckor. Hennes arbetsuppgift innefattade till stor del att samtala kring livsstil, vilket skiljde sig från de andra sjuksköterskorna som arbetade på avdelningen.

Informanterna bestod av sju sjuksköterskor, två män och fem kvinnor. För att kunna hantera ett material rekommenderas ett mindre urval med fem till åtta deltagare (Trost, 2005). Den yngsta deltagaren var född 1985 och den äldsta var född 1968. Antal arbetade år var som mest åtta år och som minst tre månader. Majoriteten av de som deltog hade arbetat mindre än tre år som sjuksköterskor och på avdelningen vilket även visade sig vara representativt för avdelningen.

### **Datainsamling**

Författarna utformade en intervjuguide, se bilaga 1, där öppna frågor ställdes utifrån olika teman. Inledningsfrågan löd ”Kan du berätta om en omvårdnadssituation då du motiverat en patient till egenvård”. Utifrån vad informanten svarade på den frågan ställdes sedan följdfrågor som berörde temana hinder, möjligheter, sjuksköterskans roll, identifiering av hälsorisker, strategier och upplevelser. För att testa frågorna och få möjlighet att göra eventuella justeringar i intervjuguiden genomfördes en pilotintervju i enlighet med Polit och Beck (2010). Dock ändrades ingenting varvid denna intervju användes i materialet. Intervjuerna genomfördes under två veckor under informanternas arbetstid vilket avdelningschefen godkände. Författarna kontrollerade att informanterna tagit del av informationsbrevet som skickats ut via e-mail varefter de skrev under samtyckesblanketten.

Författarna turades om att intervjua men genomförde lika många intervjuer var. Den andre lyssnade och ställde eventuella frågor på slutet om det var nödvändigt. Informanterna berättade fritt om sina upplevelser relaterade till de olika temana och vid behov ställdes klagörande frågor. Intervjuerna genomfördes i ett rum på avdelningen där det gick att samtala ostört och tidsåtgången per intervju var mellan 15- 40 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant samma dag. Materialet oidentifierades i form av numrering oberoende av ordningsföljd.

### **Dataanalys**

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån Hällgren- Graneheim och Lundman (2008). Båda författarna genomförde analysen. Först läste författarna igenom intervjuerna var för sig för att sedan tillsammans diskutera intervjuens väsentliga innehåll. Därefter strök författarna enskilt under meningsenheter i texten vilka bestod av meningar och stycken som författarna ansåg svara på syftet. Sedan jämfördes och diskuterades dessa för att skapa en gemensam helhetsbild. Dessa meningsenheter utgjorde grunden för analysen. Efter detta delades de meningsbärande enheterna in i två för författarna självklara domäner, *hinder* och *möjligheter*. För att göra texten mer lätthanterlig kondenserades meningsenheterna vilket enligt Hällgren-Graneheim och Lundman (2008) innebär en process

som kortar ner texten samtidigt som det centrala innehållet bibehålls. Nästa steg i analysprocessen var att abstrahera de kondenserade meningsenheterna till olika koder. Detta gjordes för att göra materialet ännu mer överskådligt och kortfattat beskriva materialets huvudsakliga innehåll. Dock var det genom hela analysen viktigt för författarna att kontexten inte försvann i abstraheringen. Koderna blev sedan till olika underkategorier vilka sedan sammanfördes till olika kategorier. Olika kategorierna hörde samman och indelades därför i två teman. Se figur 1.

*Figur 1*

Domän	Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Möjlighet	Sedan när de får veta att man minskar chansen att få en hjärtinfarkt med vad är det, 50 procent eller något så är det lättare för dem att sluta röka	När patienten har fått information är det lättare för sjuksköterskan att få patienten att sluta röka	Viktigt att patienten har kunskap för att kunna motivera	Information/Kunskap	Att så ett frö	Stärkande omständigheter

### **Etiska övervägande**

Godkännande för att genomföra studien erhöles vid ett etikprövningsseminarium vid Malmö Högskola i februari 2012. Därefter inhämtades godkännande från avdelningschefen som delgivits både muntlig och skriftlig information angående studiens syfte.

I den skriftliga informationen till deltagarna, se bilaga 2, betonades att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan vidare förklaring samt att konfidentialitet eftersträvades och deltagarnas integritet skyddades.

## **RESULTAT**

Under denna rubrik presenteras resultatet av analysen. I Figur 2 redogörs för teman och kategorier vilka sedan förklaras i löpande text.

*Figur 2*

Tema	Kategori
Hindrande omständigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att inte nå fram</li> <li>• Att inte räcka till</li> </ul>
Stärkande omständigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att lita på andra</li> <li>• Att känna av patienten</li> <li>• Att så ett frö</li> </ul>

## Sjuksköterskans upplevelser av hindrande omständigheter

Nedan följer de kategorier som hör ihop med temat hindrande omständigheter.

### *Att inte nå fram*

Kategorin *Att inte nå fram* innefattar hindrande omständigheter som sjuksköterskan upplever hos patienten som gör det svårt att motivera till egenvård. Sjuksköterskorna beskriver att dålig compliance<sup>2</sup> hos patienterna är något som försvårar arbetet med att motivera patienter. De menar att detta delvis kan bero på patientens rädsla för att få en hjärtinfarkt igen vilket hänger samman med okunskap om sjukdomen.

*”Många är ju rädda för att motionera efter en hjärtinfarkt och tror att man ska ligga på soffan och ta det lugnt, men hjärtat är ju en muskel, så man behöver komma igång ganska omgående för det mår ju hjärtat bra av.”* (Ssk 7)

De upplever också att det är svårt att hantera de patienter som har komorbiditet med samtidig psykisk sjukdom. Det upplever det som svårare att få dessa patienter motiverade till egenvård samt svårare att få dessa patienter att förstå sin sjukdom. Många av sjuksköterskorna beskriver också det faktum att patienterna befinner sig i kris när de ligger inne på sjukhus efter att ha haft en hjärtinfarkt vilket kan göra det svårt för sjuksköterskorna att nå fram till patienten. Vissa patienter förnekar vad som hänt dem som en slags copingstrategi<sup>3</sup> och de upplever det som svårt att nå fram till patienten i detta läge. Många upplever också att patientens bakgrund såsom förförståelsen, utbildningsnivån och familjeförhållande spelar in i hur lätt det är att nå fram till patienten och motivera till egenvård.

*”Alla kan inte ta till sig samma information. Dels för den bakgrunden man har, alltså den socioekonomiska bakgrunden, men också vad man har för utbildning som patient.”* (Ssk 3)

Samtliga sjuksköterskor har upplevelser av att många patienter inte kan prata svenska och beskriver språket som ett hinder i att nå fram till patienten. De upplever att tolk främst prioriteras till läkarsamtalen och att det därför är svårare att nå fram till dessa patienter och därmed svårare att motivera till egenvård.

*”Sen är det ju med språk också. Det kan ju också vara ett hinder. Alltså många pratar ju inte speciellt bra svenska och tolk använder vi ju men kanske inte just åt det här med livsstilsförändringar och så i första hand. Det är ju ett stort bekymmer.”* (Ssk 5)

### *Att inte räcka till*

Kategorin *Att inte räcka till* innefattar sjuksköterskornas erfarenheter av hindrande omständigheter hos sig själva och organisatoriskt.

Samtliga sjuksköterskor uttrycker att de upplever tiden som ett hinder för att motivera patienter till egenvård. Tiden räcker inte alltid till då avdelningen är fullbelagd och det är mycket som ska hinnas med under ett arbetspass. Sjuksköterskorna upplever att vårdtillfällena har blivit kortare samtidigt som mer information skall

---

<sup>2</sup> Följsamhet

<sup>3</sup> Överlevnadsstrategi

ges, vilket i många fall kan resultera i *korvstoppning* som en utav sjuksköterskorna uttrycker det. Då sjuksköterskornas arbetsuppgifter är många beskriver de vikten av att kunna göra prioriteringar i sitt arbete. Dock beskrivs uppgiften att motivera till egenvård inte som prioritet nummer ett.

*”Det är sällan man kan sitta ner och liksom samtala ordentligt med en patient det är om det är lugnt på avdelningen. Annars är det liksom så mycket rutinsaker som ska in till exempel vid ankomstsamtal och så som man måste ha uppgifter på, och annars också. Det är liksom mycket medicinskt just på den här avdelningen. Men sen ibland så har man tillfälle att sitta ner och prata. Men det är just tidsbristen tror jag faktiskt som är det största hindret.”* (Ssk 4)

Trots detta beskriver samtliga sjuksköterskor arbetet med att motivera patienter till egenvård som en viktig del av det dagliga arbetet och att de anser att det ingår i sjuksköterskans roll. Dock har ingen av dem någon specifik utbildning inom ämnet vilket efterlyses då de anser att de genom mer utbildning skulle kunna göra ett bättre jobb i att motivera patienter till egenvård.

*”Hade nog varit bra faktiskt, att få den grunden till motiverande samtal.”* (Ssk 2)

Likaså önskar flera sjuksköterskor kontinuerlig uppdatering i kunskap och information gällande kranskärsljukdom. Exempelvis då det kommer till rökning, som är en av de största riskfaktorerna till kranskärsljukdom samt även berör en stor del av patienterna på avdelningen. De beskriver att patienterna ställer många frågor och kräver snabba svar. I dagens samhälle går mycket information att hitta på nätet och många patienter kan lätt läsa på om sina sjukdomar vilket gör att de ofta ifrågasätter informationen de får på sjukhusen. Sjuksköterskorna menar att det är lättare och känns bättre att motivera patienterna till egenvård när de själva känner sig säkra på ämnet.

*”Jag hade nog önskat att vi hade någon alltså mer utbildning om det för jag tänker ju att det kommer mycket ny forskning och ibland kan det kännas liksom lite förlegat. Men det skulle jag önska från avdelningens sida kanske att man hade någon dag när man går igenom exakt siffror, hur mycket det bevisar egentligen. Någon läkare säger si och någon säger så med procent och med rökning och informerar man så vill man ju veta exakt så att man inte står och bara snackar skit utan då vill man ju verkligen veta att det stämmer”* (Ssk 7)

### **Sjuksköterskans upplevelser av stärkande omständigheter**

Nedan följer de kategorier som hör samman med temat *stärkande omständigheter*.

#### ***Att lita på andra***

Kategorin *Att lita på andra* innefattar sjuksköterskornas erfarenheter av samverkan som en resurs i det dagliga arbetet med att motivera patienter till egenvård. De beskriver samverkan sjuksköterskor emellan men också den tryggheten de finner i att veta att patienten kommer tillbaka efter två veckor till kranskärllmot-tagningen. Samtliga informanter tycker att det är sjuksköterskans roll att motivera patienter till egenvård, men betonar samtidigt att det är många andra i teamet som också måste ta sitt ansvar gällande detta. Likaså beskrivs hur de litar på andra yrkesgrupper och kolleger, som alla drar sitt strå till stacken.

*”Frågar de efter mer då säger jag att de får låta detta sjunka in lite det som har hänt. Sen kommer det att komma upp mer på mottagningen. Och mottagningsbesöken till systemmottagningen i alla fall att de ska få de här livsstilsförändringarna och få hjälp med det på mottagningsbesöken.” (Ssk 6)*

### **Att känna av patienten**

Under denna kategori handlar det om sjuksköterskans förmåga *Att känna av patienten* och att välja rätt tillfälle att motivera till egenvård. Sjuksköterskorna beskriver en inneboende självinlärdd förmåga att kunna känna av patienten. Vissa uttrycker till och med denna förmåga som avgörande för om man över huvud taget ska kunna nå fram till patienten och därigenom motivera till egenvård.

*”Man måste läsa av vilken patient man har framför sig. Det är ju det som är svårt och de är kanske det som kan vara skillnaden på om man är en bra sjuksköterska när det gäller riskfaktorer än en icke bra sjuksköterska som kanske är bra på annat. Är nog att läsa av patienterna.” (Ssk 3)*

Förmågan att kunna välja rätt tillfälle att informera och motivera går också hand i hand med att känna av patienten. Detta är förmågor som sjuksköterskorna upplever som någonting som kommer inifrån, någonting som inte går att lära sig. Vissa patienter är mer motiverade till förändringar gällande deras egenvård än någonsin, medan andra patienter inte går att prata med alls. Det gäller för sjuksköterskan att kunna läsa av patienten de har framför sig, vilket inte alltid beskrivs som så lätt.

*”För sen är det så också att är de i en kris så får man välja rätt tillfälle att informera dem för du kan inte gå in samma dag dem har haft sin hjärtinfarkt. För då är de fortfarande inne i en kris och det du säger till dem det verkar de förstå och sen har de glömt det. Nästa dag har de ingen aning om att du har berättat det här för dem. Så det gäller ju att välja rätt tidpunkt, att vara strategisk på det viset.” (Ssk 1)*

Förmågan att identifiera riskfaktorer och sedan arbeta utifrån dessa för att motivera till egenvård var också någonting som uppfattades som en självlärdd förmåga där det för de flesta är svårt att förklara hur de identifierar riskfaktorer då även detta handlar om att ha förmågan att känna av patienten och dennes egenvårdsbehov.

### **Att så ett frö**

Sjuksköterskorna menar att de har möjlighet till att motivera patienterna till egenvård men att deras roll främst består i *Att så ett frö* hos patienten. Detta beror på att vårdtiderna är korta och att de inte träffar patienterna igen för uppföljning efter vårdtillfället. Dock upplever de att detta är en viktig del i egenvårdsprocessen hos patienten och ser sina möjligheter att så ett frö som stora. Flera av sjuksköterskorna menar att det är lättare att motivera patienten till egenvård i det akuta skedet, vilket sjuksköterskorna gärna vill ta vara på.

*”Man kan väl säga så att man kan så ett frö här kanske och sen på mottagningen som då är två-tre veckor senare och sen så har vi ju en mottagning till som är sex veckor senare. Så där kan man ju följa processen och liksom bygga på det lite grann och fortsätta med de där samtalen.” (Ssk 1)*

För att kunna så ett frö poängterar sjuksköterskorna vikten av att ge information och kunskap till patienten. För att kunna göra detta använder sig sjuksköterskorna av olika metoder som de upplever kan bidra till ökad motivation till egenvård. Många beskriver att de använder skrämstaktik i kombination med humor som ett sätt att ge information på och därigenom ”vända” en negativt inställd patient till egenvård. Många nämner också metoder inspirerade av motiverande samtal som ett bra sätt att öka patientens motivation till egenvård på. Andra beskriver att de försöker stärka patientens självförtroende och patientens tro på sin egen förmåga att klara egenvården.

*”Lite motiverande samtals strategi brukar jag köra. Att jag aldrig prackar på någonting eller värderar någonting eller tycker någonting utan det är patienterna som får prata och tycka och komma fram till saker själva. Så kan jag liksom bara guida eller försöka få dem att liksom tänka till och fundera i olika banor. Men jag försöker att inte säga till eller skuldbelägga eller något sådant, det är nog min strategi.” (Ssk 4)*

## **DISKUSSION**

Under denna rubrik behandlas författarnas tankar kring den valda metoden samt en diskussion kring resultatet.

### **Metoddiskussion**

Författarna ansåg att kvalitativ metod var mest tillämpbar då studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att motivera patienter med kranskärsljukdom, inläggande på en kardiologisk vårdavdelning, till egenvård. Polit och Beck (2010) beskriver att kvalitativa metoder ofta används för att ta reda på mer om mänskliga fenomen som exempelvis personers upplevelser. En kvantitativ metod ansåg författarna inte vara lämplig att använda eftersom den enligt Polit och Beck (2010) inte ger informanterna samma utrymme att uttrycka sig med sina egna ord varpå resultatet inte hade fått samma möjlighet till djupare förståelse för sjuksköterskornas upplevelser som med kvalitativ metod. Tidigare forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att motivera patienter med kranskärsljukdom till egenvård ansågs begränsad och därmed valdes litteraturstudie bort samtidigt som en möjlighet sågs i att göra en studie som saknades. Genom att använda intervjuer som datainsamlingsmetod menar Polit och Beck (2010) att varje person som deltar i studien kan ge sin beskrivning på ett rikt och berättande sätt. En nackdel med intervjuer är dock att författarna aldrig kan ställa sig utanför vilket dock Hällgren-Graneheim och Lundman (2008) menar varken är önskvärt eller möjligt till skillnad från i kvantitativa metoder. Det faktum att författarna varit medskapare i intervjuerna går inte att bortse från, dock har författarnas förståelse för ämnet varit liten vilket borde minskat eventuell påverkan på både insamling av data och analys av data.

Ett strategiskt urval eftersträvades. Detta innebär enligt Paulsson (2008) att skillnader bör finnas i exempelvis ålder, utbildning, yrkesår och kön för att få så stor variation som möjligt. Dock infann sig svårigheter i urvalsprocessen då endast en av ca 20 sjuksköterskor svarade på de två e-mail som författarna skickade ut för att samla in informanter och endast sex informanter till av de som kunde inkluderas ville delta. Det gav således ingen möjlighet till att välja informanter strate-

giskt. Det kan på detta sätt finnas en viss risk att resultatet inte blir varierat utan mer likriktat enligt Trost (2005). Denna urvalsproblematik hade eventuellt kunnat hindras om författarna hade börjat urvalsprocessen tidigare genom att kontakta avdelningschefen för godkännande tidigare. En viss spridning i yrkesverksamma är fanns men ytterligare spridning kunde ha varit önskvärt då detta kunde ha givit ytterligare variation av upplevelser. De flesta av sjuksköterskorna som deltog var relativt nyutexaminerade, det vill säga hade arbetat mindre än två år. Dock var detta urval relativt representativt för avdelningen vilket borde ses som en styrka. Författarna märkte också att en datamättnad uppstod då informanterna berättade om liknande upplevelser. Polit och Beck (2010) menar att datamättnad är en princip för hur stort material en studie bör ha.

En annan svaghet gällande urvalsförfarandet kan ha varit att författarna gick till avdelningen för att samla in intresserade allmänsjuksköterskor. Detta kan ha bidragit till att informanterna kände sig "tvingade" att delta i studien, eftersom författarna stod framför dem och kan ha influerat någon som inte vågat säga nej till att faktiskt säga ja till deltagande. Detta kan ha påverkat deras engagemang under intervjuerna.

En styrka enligt Polit och Beck (2010) är att genomföra en pilotintervju för att testa intervjuguiden. Detta anammades i denna studie då en pilotintervju utfördes. Dock ändrades ingenting i guiden då den fungerade bra och därmed valdes även pilotintervjun att inkluderas i materialet. Det faktum att intervjuguiden som användes visades sig vara väl utformad gav respondenterna samma förutsättningar att svara. Båda författarna deltog i alla intervjuer samt turades om att vara huvudintervjuare. Detta bedömdes som mycket positivt då det var ett bra sätt att hjälpas åt med både eventuella följdfrågor och förklaringar som dök upp i slutet av intervjuerna. Detta gav även möjlighet att få utförliga svar från informanterna. Eventuella följdfrågor innefattade endast frågor som berörde intervjuguiden och dess teman. En nackdel med att författarna turades om att intervjua kan ha varit att insamlingen av data skiljde sig åt från gång till gång. Ingen av författarna hade tidigare genomfört intervjuer vilket kan ha bidragit till att intervjuerna blev bättre mot slutet när författarna hade fått mer självförtroende.

Trost (2005) menar att det finns risk för att den som blir intervjuad känner sig i underläge om två personer intervjuar samtidigt. Sjuksköterskornas bekvämlighet i att bli intervjuade kan ha påverkats då författarna var två stycken samt valde att spela in intervjuerna. Sjuksköterskorna kan ha känt sig i underläge i förhållande till två författare samt känt sig obekväma i att samtalet spelades in. Detta är ingenting som författarna kände av under intervjuerna, men som ändå valts att ta med som en eventuell svaghet.

Vidare använde författarna sig av två mobiltelefoner för att spela in intervjuerna, vilket gav mycket bra inspelningsmaterial samt säkerställde att åtminstone en av inspelningarna gick att använda. Likaså transkriberades materialet i kort anslutning till intervjuerna och av författarna själva vilket kan ha bidragit till att eventuella feltolkningar och missförstånd uteblev.

Informanterna intervjuades under arbetstid vilket godkänns av avdelningschefen. De fick möjlighet att själva bestämma tid och plats för intervjuerna, vilket författarna tror kan ha bidragit positivt till informanternas trygghetskänsla samt inställning till att ställa upp i studien. Likaså genomfördes alla intervjuer i samma en-

skilda och ostörda rum på avdelningen vilket kan vara en fördel gällande materialet då alla informanter intervjuats under samma förutsättningar. Samtyckesblanketten som informanterna skrev under innan intervjun, kan även den ha varit en positiv faktor då information angående studien repeterades och gjorde sjuksköterskan insatt i ämnet innan samtalet påbörjades.

För att analysera materialet valdes kvalitativ innehållsanalys efter Hällgren- Graneheim och Lundman (2008) som metod då den syftar till att tolka texter. Författarna hade lika stor delaktighet i analysprocessen och gjorde en stor del av analysen ihop vilket borde öka tillförlitligheten. Hällgren- Graneheim och Lundman (2008) menar att det genom intervjuer varken är möjligt eller önskvärt att som forskare ställa sig utanför varken vid insamling av data eller vid analys av data. Det går därför inte att bortse från det faktum att texten kunde ha tolkats på ett annat sätt. Dock får en text mening genom läsaren och många tolkningar är därför möjliga och kan vara giltiga fastän de skiljer sig åt (a a).

Inga betydande meningsskiljaktigheter fanns författarna emellan under tolkningsarbetet av materialet vilket måste ses som en styrka. Detta kallar Hällgren- Graneheim och Lundman (2008) för konsensusförfarande med syftet att uppnå samstämmighet. Dock upplevde författarna vissa svårigheter i att förstå analysprocessens alla steg då författarna aldrig tidigare genomfört en kvalitativ innehållsanalys. På grund av detta lades stor vikt vid att se till att analysarbetet blev ordentligt utfört under de förutsättningar som fanns. Likaså hade författarna kontinuerlig kontakt med handledaren som läste en av de transkriberade intervjuerna samt gav feedback under skapandet av kategorier och teman.

I resultatet redogörs för citat ur de intervjuer som genomförts. Detta kan möjligen ge läsaren en chans att bedöma tolkningen av resultatet. Citaten är märkta med Ssk1- Ssk 7 vilket inte går att härleda till den ordning som intervjuerna gjordes i då det skulle göra det möjligt för någon att avgöra vilken sjuksköterska som sagt citatet och därmed skulle konfidentialitetskravet ha brutits.

Hällgren- Graneheim och Lundman (2008) menar att trovärdighet bland annat handlar om huruvida författarens förförståelse och erfarenhet har påverkat resultatet. Författarnas förförståelse låg endast i ett intresse för egenvård vilket har väckts under utbildningens gång. Författarna ansåg att kunna motivera patienter till egenvård som en viktig del av att vara sjuksköterska och blev därför intresserade av att göra en studie om hur sjuksköterskor upplever detta arbete. Det faktum att en avdelning där patienter med kranskärtsjukdom vårdas valdes beror främst på att dessa patienter har ett stort behov av egenvård i sitt tillfrisknande men författarna tror också att resultatet av studien skulle kunna appliceras i andra kontexter. Författarna har ingen tidigare anknytning till den avdelning där studien är genomförd vilket borde öka trovärdigheten i resultatet då inga egna upplevelser torde ha färgat resultatet.

## **Resultatdiskussion**

Utifrån resultatet i denna studie finns det hindrande omständigheter som gör det svårt för sjuksköterskan att motivera patienten till egenvård. Sjuksköterskorna upplever att vissa patienter har dålig compliance vilket kan bero på rädsla, okunskap, komorbiditet, krishantering, språkbarriärer samt socioekonomiska faktorer. Orem (1995) menar att obalans mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav

leder till egenvårdsbrist. Egenvårdskapaciteten är beroende av grundläggande styrande faktorer som bygger på patientens kunskap, motivation samt mentala och praktiska färdigheter (a a). Denna studies resultat visar dock att dessa faktorer ibland saknas. Orem (1995) menar att det är sjukvårdens och sjuksköterskans roll att tillsammans med patienten uppnå egenvård vilket kan göras fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande. Dock menar SBU (2010) att de patienter som är i störst behov av undervisning och stöd inte nås av patientutbildning. Detta styrker också en studie av Mosca m.fl (2010) som menar att det finns ett stort gap mellan kvinnor från etniska minoriteter och vita kvinnor gällande deras medvetenhet om risken att dö på grund av kranskärlsjukdom. Sjuksköterskorna i denna studie menar att det är svårt att få tolk till mer än läkarsamtal. Alltså lämnas ofta de patienter som mest behöver patientutbildning utanför systemet, eftersom att varken tillräckligt med tid eller resurser finns för att tillgodose allas behov.

För att kunna utföra den omvårdnad som krävs vid egenvårdsbrist menar Orem (1995) att det bland annat behövs omvårdnadskapacitet vilken innefattar kunskaper, attityder, färdigheter och egenskaper som kräver speciell utbildning. Dock upplever de intervjuade sjuksköterskorna i denna studie att de saknar viss utbildning som är viktig i sammanhanget. De pekar både på utbildning som kan hjälpa dem att motivera patienterna men även på utbildning som kan täcka vissa kunskapsluckor gällande kranskärlsjukdom som är viktigt att ha för att lyckas övertyga och motivera patienter till egenvård.

Denna studie visar vidare på att tiden upplevs som ett hinder då vårdtillfällena blir kortare och egenvårdsarbete inte alltid är det som prioriteras först. Orem (1995) menar att det är viktigt att sjuksköterskan har möjlighet att skapa en utvecklande miljö för att kunna stödja, vägleda och undervisa patienter. Enligt denna studie upplever sjuksköterskorna att detta är svårt då tid och utbildning inte alltid räcker till. Detta pekar också SBU:s rapport (2010) på då de funnit att patientundervisningen är någonting som behöver utvecklas då det i Sverige inte finns någon standardiserad patientutbildning. Deras förslag är patientutbildning som baseras på empowerment och self-efficacy. Sjuksköterskorna i denna studie beskriver hur de försöker stärka patientens självförtroende och patientens tro på sin egen förmåga att klara egenvården vilket är vad self-efficacy handlar om. Self-efficacy har som tidigare nämnts (Kang m.fl 2010) visat sig vara den viktigaste faktorn för motivation till förändring hos patienter med kranskärlsjukdom. En studie av Smith m.fl (2009) har också visat att rökavvänjning som inleds i den akuta fasen hos dessa patienter kan ge enorm påverkan på hälsan men även på sjukvårdskostnader. Dock är detta enligt resultatet i denna studie ingenting som finns som standard på avdelningen trots att sjuksköterskorna upplever att rökning är den vanligast förekommande riskfaktorn bland deras patienter. Smith m.fl (2009) menar att rökavvänjning som inleds på sjukhuset bör realiseras från forskning till rutin inom den kliniska verksamheten.

Resultatet visar på att sjuksköterskorna önskar kontinuerlig uppdatering i kunskap kring kranskärlsjukdom då de upplever detta som en viktig källa till att motivera patienter till egenvård. Blickem m.fl (2011) påpekar vikten av relevant information till patienterna för att uppnå egenvård och att ändra hälsobeteenden. Studien nämner vidare ett antal faktorer som kan påverka hälsobeteenden: vilken typ av sjukdom, stadium av sjukdomsutveckling, kulturella övertygelser, socioekonomiska omständigheter, läskunnighet och olika sätt att skapa mening av informa-

tion. Det är därför viktigt att skapa en ram för en effektivare användning av information som en del av en bredare strategi för egenvårdsstöd som tar hänsyn till komplexiteten i frågor som påverkar hälsobeteenden för att utveckla mer effektiva egenvårdsstrategier för personer med långsiktiga förutsättningar i mindre privilegierade populationer (a a).

Sjuksköterskorna i denna studie beskriver en inneboende självinlärd förmåga att kunna känna av patienten och att välja rätt tillfällen att motivera till egenvård. Vissa uttrycker till och med denna förmåga som avgörande för om sjuksköterskan över huvud taget ska kunna nå fram till patienten och därigenom motivera till egenvård. SBU (2010) framhöll i sin rapport att patienterna ansåg att det var viktigt att få information i rätt tidpunkt samt uppföljning och upprepning i sjukdomens olika skeden. Orem (1995) menar att de viktigaste komponenterna i omvårdnadskapaciteten handlar om att kunna göra kreativa tolkningar i omvårdnadssituationer, att ha vilja och motivation till att utföra god omvårdnad samt vissa speciella praktiska färdigheter. Sjuksköterskorna upplever också förmågan att identifiera riskfaktorer som en självinlärd förmåga som handlar om att kunna känna av patienten. När Orem (1995) skriver om konst, kreativ tolkning, motivation och vilja samt vissa praktiska färdigheter kan detta tolkas som någonting som inte går att lära sig, utan någonting som sjuksköterskan antingen har eller inte har. Dock kan det ifrågasättas huruvida patientsäkert det är att inte ha några specifika riktlinjer för hur identifiering av riskfaktorer ska ske samt att olika personer kan tolka omvårdnadssituationer på olika sätt vilket kan leda till en ojämn omvårdnad. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) står det att sjuksköterskan ska främja hälsa och förebygga ohälsa. Men för att kunna göra detta krävs förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Där står även beskrivet att sjuksköterskan vid behov ska motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård. Orem (1995) menar att ett av omvårdnadens problemområden ligger i svårigheterna att identifiera olika typer av egenvårdsbrister. För att kunna förhålla sig till den enskilde patientens egenvårdsbrist måste sjuksköterskan kunna bedöma både patientens egenvårdskrav och dennes förmåga att utföra nödvändig egenvård. Det verkar som att denna svårighet fortfarande kvarstår trots dess viktiga funktion för att kunna motivera patienten till egenvård.

Sjuksköterskorna upplever att de har möjlighet att motivera patienterna till egenvård men att deras roll främst består i att så ett frö hos patienten då vårdtiderna är korta och de inte träffar patienterna igen för uppföljning efter vårdtillfället. Dock anser de att motivation till egenvård är en viktig del i tillfrisknandet hos patienten och de ser sina möjligheter att så ett frö som stora. De känner också en trygghet i samverkan med andra samt att veta att patienterna två veckor efter utskrivning kommer tillbaka till kranskärlnmottagningen för uppföljning. Freyer-Adam m.fl (2007) visade i sin studie att ineliggande patienter som screenats för alkoholproblem och fick motiverande samtal under tiden de vistats på sjukhuset visade större beredskap för att ändra sina levnadsvanor än de som inte fick motiverande samtal. Det är därför av största vikt enligt Smith m.fl (2009) att börja med rökavvänjning och sekundärprevention med patienter som har kranskärslsjukdom redan på sjukhuset. För att kunna göra detta är det viktigt att det finns en enhetlig praxis samt att patientens egenvård följs upp efter sjukhusvistelsen (a a). SBU (2010) påpekar att patienterna efterlyser information i ett tidigt skede av sin sjukdom men även uppföljning och upprepning av information i sjukdomens olika skeden.

## **SLUTSATS**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att motivera patienter med kranskärlsjukdom, inneliggande på en kardiologisk vårdavdelning, till egenvård.

Det finns mycket forskning som visar på hur patientens egenvård kan förbättras dock visar denna intervjustudie på att forskningen inte realiserats tillräckligt.

Sjuksköterskorna upplever stärkande och hindrande omständigheter i sitt arbete med att motivera patienter till egenvård. Det finns möjligheter att så ett frö hos patienterna innan de skrivs ut dock kräver det att sjuksköterskan har förmågan att känna av patienten samt litar på andra i samarbetet kring patienten. För att sjuksköterskan ska kunna motivera patienterna till egenvård krävs också att hänsyn tas till olika bakomliggande faktorer som kan påverka en persons beteende och därigenom möjligheterna att nå fram till patienten. För att sjuksköterskans ska känna att hon räcker till i arbetet med att motivera patienter med kranskärlsjukdom till egenvård behövs mer utbildning samt att mer tid avsätts för detta arbete.

Hällgren- Graneheim och Lundman (2008) menar att det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart till en annan kontext men att författaren kan ge förslag och skapa förutsättningar för detta. Författarna till denna studie tror trots det begränsade urvalet att delar av resultatet skulle kunna överföras till andra avdelningar där patienter med olika sjukdomar vårdas då motivation till egenvård bör vara en stor del av sjuksköterskans arbete även där.

## REFERENSLISTA

Blickem, C m.fl (2011) Review: The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review, *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 449–459

Chow CK m.fl (2010) Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 121(6):750-8.

David R Thompson m.fl (2011) Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, (9-10), 1236-44

Freyer-Adam J m.fl (2008) Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 93(3), 233-43.

Hjärt Lungfonden (2010) Temaskrift om kärlekskramp. ISBN: 978-91-976632-4-3

Hjärt Lungfonden (2008) Temaskrift om hjärtinfarkt. ISBN: 978-91-976632-5-0

Holm Ivarsson B, Ortiz L, Wirbring P (2010) *MI - Motiverande samtal i socialt arbete- praktisk handbok för MI-samtal i socialt arbete*. Sverige: Gothia förlag

Hällgren- Granheim U & Lundman, B (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen, B (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* Lund: Studentlitteratur, s 159-172

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Kang, Y m.fl (2010) Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease, *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55

Lauck, S m.fl (2009) Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 190–199

Lukkarinen, H, Hentinen, M (1997) Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease, *International journal of nursing studies*, 34(4), 295-304.

Mosca, L m.fl (2010) Twelve-Year Follow-Up of American Women's Awareness of Cardiovascular Disease Risk and Barriers to Heart Health, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 120-127

Orem, D E (1995) *Nursing: Concepts of Practice*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Mosby

Paulsson, G (2008) Fenomenografi. I: Granskär M & Höglund-Nielsen, B (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* Lund: Studentlitteratur, s 73-84

Polit D, Beck C (2010) *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rankin H, Stallings Duffy K, London F (2005) *Patient Education in Health and Illness*. USA: Lippincott Williams & Wilkins

SBU (2010) Kommentar: Patientutbildning i grupp vid livslånga sjukdomar; publicerad 2010-09-15, [www.sbu.se/patientutbildning](http://www.sbu.se/patientutbildning)

Smith PM, Burgess E (2009) Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180(13), 1297:303

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, Artikelnr: 2005-105-1

Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning*, Artikelnummer: 2011-11-11

Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* Artikelnr: S-105

Söderkvist Klang B (red) (2008). *Patientundervisning*. Sverige: Studentlitteratur

Trost, J (2005) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

WHO, World Health Organisation

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>  
2012-01-31

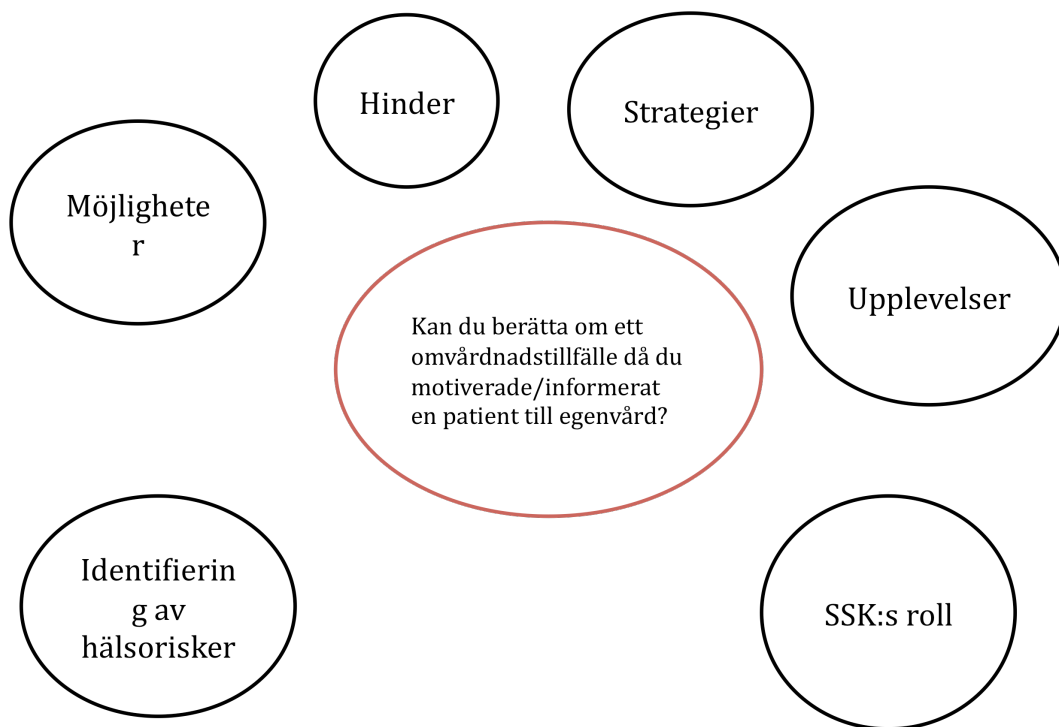
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>  
2012-01-31

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>  
2012-01-31

Yusuf S (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-52.

## BILAGA 1- Intervjuguide

# INTERVJUGUIDE



## BILAGA 2- Informationsbrev

<b>Projektets titel: Sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att motivera patienter med kranskärlsjukdom till egenvård</b>	<b>Datum: 2012-03-14</b>
<b>Studieansvarig/a:</b> <b>Alexandra Botvid och Maja Fröberg</b> <b>E-post: <a href="mailto:tf071805@student.mah.se">tf071805@student.mah.se</a></b> <b><a href="mailto:kf081105@student.mah.se">kf081105@student.mah.se</a></b>	<b>Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000</b>  <b>Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet</b>  <b>Nivå: Grundutbildning</b>
<b>Information om projektet:</b> <p>Vi är två studenter som läser termin fem på sjuksköterskeutbildningen vid Malmö Högskola och vi ska nu skriva vår C-uppsats. Syftet med vår studie är att belysa sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att motivera patienter med kranskärlsjukdom till egenvård. Med egenvård menar vi den typ av icke-medicinsk behandling som sjuksköterskan genom patientundervisning kan motivera patienten till att självständigt utföra.</p> <p>Vi vill göra studien på en kardiologisk vårdavdelning. Detta beror delvis på att största delen av den befintliga forskningen som vi hittat främst berör primärvårdens roll i arbetet med att motivera patienter till egenvård för att förebygga ohälsa. Därför väcktes en nyfikenhet av att ta reda på hur det ser ut på en avdelning där patienter med kranskärlsjukdom vårdas, det vill säga i det mer akuta skedet.</p> <p>Vi har valt en intervjustudie som metod. Vårt urval önskar vi bestå av cirka åtta allmänsjuksköterskor. Tidsåtgången för intervjun kommer vara cirka 15-30 minuter per respondent. Plats och tid för intervju sker i överenskommelse med respondenten.</p> <p>Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för oss som är undersökningsledare. I uppsatsens resultat som kommer att presenteras i form av en examensuppsats på Malmö högskola kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.</p> <p>Deltagande i studien är helt frivilligt. Informanterna kan när som helst avbryta sitt deltagande utan närmare motivering. Tillstånd för att genomföra studien har inhämtats av avdelningschefen.</p> <p><b>Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien</b></p>	