

Sjuksköterskans roll vid rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdom.

Författare: Nada Damiasi, Camilla Knöös

Handledare: Bengt Svensson

Litteraturstudie 10 poäng

Januari 2003

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND



Sjuksköterskans roll vid rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdom.

Författare: Nada Damiani, Camilla Knöös

Handledare: Bengt Svensson

Litteraturstudie 10 poäng

Januari 2003

Abstrakt

Hjärt- och kärlsjukdom är den största enskilda dödsorsaken i Sverige och i de flesta andra industrialiserade länder. Att tillhandahålla rehabilitering efter hjärt- och kärlsjukdom är lagstadgat och landstinget har skyldighet att erbjuda boende inom landstinget rehabilitering. Syftet var att belysa sjuksköterskans roll i rehabiliteringen efter hjärt- och kärlsjukdom med en litteraturstudie enligt Goodmans struktur. Resultatet visade att sjuksköterskan fungerar som stödperson, informatör samt att sjuksköterskan var kompetent att ansvara för rehabilitering av hjärt- och kärlsjuka patienter. Det framkom även att relativt enkla interventioner från sjukvården medför ett gott resultat för patienterna i rehabiliteringsprocessen.

Nyckelord

Hjärt- och kärlsjukdom, rehabilitering, sekundär prevention, sjuksköterskans roll

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Introduktion.....	3
Epidemiologi och hälsoekonomi	3
Rehabilitering	5
Sjuksköterskan	5
Syfte	7
Metod.....	7
Sökprofil	7
Sökschema	8
Granskningsprotokoll	8
Analys/Bearbetning	8
Resultat.....	9
Sjuksköterskan som stödperson	9
Sjuksköterskan som informatör	10
Betydelsen av specifika rehabiliteringsprogram	12
Sjuksköterskans roll som patientens företrädare	13
Patienternas upplevelse av sjuksköterskans kompetens	13
Diskussion.....	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	14
Referenser.....	19
Bilaga 1(2) Matris	21
Bilaga 2 (2) Granskningsprotokoll	24

Introduktion

Hjärt- och kärlsjukdom är den största enskilda dödsorsaken i Sverige och i de flesta andra industrialiserade länder. Trots att en minskning av dödligheten har skett under senare år är det fortfarande ett stort folkhälsoproblem (SBU, 1997).

Epidemiologi och hälsoekonomi

Hjärt- och kärlsjukdom utgör en hög kostnad för samhället. Enligt Jacobsson och Lindgren (1995) uppskattades den totala kostnaden för cirkulations- systemets sjukdomar i Sverige till 32 miljarder kronor, vilket utgör cirka 12 procent av totalkostnaden för alla sjukdomar. Det gör hjärt- och kärlsjukdom till den tredje mest kostsamma sjukdomen efter sjukdomar i muskler och bindväv och psykiatriska tillstånd. Socialstyrelsen (1997) menar att 30 procent av alla vård dagar i slutenvård och 10 procent av diagnoserna i öppenvård orsakas av hjärt- och kärlsjukdom.

År 2000 avled 93 516 personer i Sverige varav 47 806 var kvinnor och 45 710 var män. Ungefär 46 procent av männen och 47 procent av kvinnorna hade någon form av hjärt- och kärlsjukdom som underliggande dödsorsak (Socialstyrelsen, 2000).

Otillräckligt flöde genom koronarartärerna kan orsaka angina pectoris, hjärtinfarkt, hjärtarytmi, ledningshinder och hjärtsvikt. Alla dessa tillstånd kännetecknas av ett missförhållande mellan myokardiets syrgasbehov och koronarartärernas förmåga att försörja hjärtat med syrgas (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad och Toverud, 1998).

Forskning har visat ett samband mellan olika riskfaktorer såsom tobaksrökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes mellitus och risken för att drabbas av hjärt- och kärl sjukdomar (Ehrenkrona och Öman, 1994).

Hög halt av lipider i blodet ökar risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Hyperlipidemi utövar stress på kärlväggens glatta muskulatur så att denna tillväxer och förtjockas.

Blodfetterna skadar också kärlväggsendotelet så att bristningar och sår uppkommer. Detta är början på aterosklerosutvecklingen. Ateroskleros leder i sin tur till myokardischemi. Myokardischemi innebär försämrat blodflöde i kranskärnen vilket medför att hjärtmuskeln blir otillräckligt syresatt. Ischemisk hjärtsjukdom yttrar sig som angina pectoris, hjärtinfarkt, rytmrubbning, hjärtsvikt eller som plötslig död. Genom att minska intaget av mättat fett sänker man kolesterolvärdet. I stället föreslås det att man äter mer av det s.k. omättade fett som finns i bl.a. flytande margarin (som ej stelnar av kyla), vegetabiliska oljor samt i fisk. Även minskat sockerintag och minskat kolesterolintag påverkar aterosklerosuppkomsten. (Ericson och Ericson, 1996).

Hypertoni påverkar också uppkomsten av ateroskleros. Hypertoni leder också till ett ständigt ökat hjärtarbete. Detta ställer högre krav på hjärtmuskeln vilket så småningom leder till hjärtsvikt. Viktiga åtgärder för att sänka blodtrycket är bl.a. att minska stressen. Stress stimulerar direkt sympatiska nervsystemet så att både det systoliska och diastoliska blodtrycket ökar. Andra åtgärder för att sänka blodtrycket är bl.a. viktreduktion, motion, minska fettintaget i kosten, samt att öka fiskkonsumtionen (a.a).

Rökning är också skadligt för hjärta och kärl. Genom att substanserna i tobaken förorsakar en endotelskada är detta en början till aterosklerosskada och kranskärlsendotelet är särskilt känsligt för sådan skada. Nikotinet stimulerar också till pulsökning och blodtrycksstegring. Kolmonoxiden bidrar till sänkt syremättnad p.g.a. att kolmonoxid konkurrerar med syrgas vid bindning till hemoglobinmolekylen. Kolmonoxiden leder också till ökad erythropoetinproduktion vilket stimulerar benmärgen till ökad erytrocytproduktion. Blodet blir då mer tjockflytande och risken för trombos ökar (a.a).

Diabetes mellitus utgör en riskfaktor vid hjärt- och kärlsjukdom genom det höga blodsockret. Glukos kan fritt passera in i kärlendotelet när ökad mängd glukos finns i blodet. Glukos anhopas och endotelet förtjockas. Blodflödet blir då sämre och risken för s.k. makroangiopati d.v.s. ateroskleros i de stora artärerna ökar (a.a).

Rehabilitering

För att förebygga sjukdomar i hjärta och kärl är det viktigt att primär och sekundärprevention fungerar väl (SBU-rapport, 1997). Att tillhandahålla rehabilitering är lagstadgat och landstinget är skyldigt att erbjuda boende inom landstinget rehabilitering (Hälsa- och Sjukvårdslagen 1982:763). Rehabilitering är ett begrepp som står för att hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett gott liv. Insatserna ska vara tidiga, samordnade och allsidiga samt komma från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, tekniska och sociala insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen (SoS rapport 1993:10). Rehabiliteringsprogram vid hjärt- och kärlsjukdom kan innehålla olika aktiviteter. Vanligt är att de innehåller någon form av fysisk träning, information och hjälp med att förebygga riskfaktorer som t.ex. rök-avvänjningsgrupper och dietgrupper. De olika rehabiliteringsprogrammen kan vara fokuserade på individ och/eller gruppinformation (Fridlund, Högstedt, Lidell och Larsson, 1991).

Under rehabiliteringen efter hjärt- och kärlsjukdom är det viktigt att tänka på att det inte bara är fysisk träning och återhämtning av de kroppsliga funktionerna som är av betydelse. Krisreaktioner och depression ses inte sällan hos patienter som drabbats hjärt- och kärlsjukdom. Det är därför av stor betydelse att uppmärksamma det psykiska välbefinnandet och erbjuda kurator kontakt (Ericson och Ericson, 1996). WHO's (World Health Organisation) mål visar att psykisk, fysisk och social rehabilitering är nödvändig för att öka livskvaliteten för patienter med hjärt- och kärlsjukdom (World Health Organisation, 1993). Rehabiliteringen bör också innehålla möjligheter för patienten att i samråd med vårdpersonal välja vilken service han/hon önskar. På detta sätt känner sig patienten mer delaktig och patienten uppskattar varje delmoment i rehabiliteringen (Thompson och Webster, 1992).

Sjuksköterskan

Sjuksköterskans primära ansvarsområde är omvårdnad. Syftet med omvårdnad enligt SOSFS 1993: 17 är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Hälsa och sjukdom har såväl fysiologiska som

psykiska och sociala komponenter. Omvårdnaden bör därför planeras utifrån en sådan helhetssyn (Jahren Kristoffersén, 1998).

Sjuksköterskan har olika roller vid rehabiliteringen av patienter med hjärt- och kärlsjukdom. Sjuksköterskan kan inneha en samordnande, undervisande, företrädande samt en forskande roll. Sjuksköterskan anses också ha god potential för att ansvara för patientundervisning men forskning har visat att sjuksköterskor behöver mer kunskap i hälsopedagogik (Nolan, Nolan och Booth, 2001). En studie av Newens, Mc Coll, Bond och Priest (1996) visar att kvaliteten och kvantiteten av sjuksköterskans information ofta är begränsad. Anledningen till detta tros bero på att sjuksköterskan i hög grad förlitar sig på skrivet material.

Vid all vård av patienter är det viktigt att patienten får information om vad de själva kan göra och vad de kan undvika för att underlätta för hjärtat. Hälso- och Sjukvårdslagen SFS 1982:763 anger just att patienten ska vara delaktig i vården. Enligt allmänna råd från Socialstyrelsen 1995: 5 ska sjuksköterskan kunna bedöma vilka insatser i förebyggande syfte som patienten själv eller genom stöd av sin omgivning kan genomföra. Dessutom måste sjuksköterskan kunna identifiera patientens behov av information för att klara egenvård samt bedöma hur behovet ska tillgodoses.

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem tar också upp betydelsen av egenvård. Enligt Orem innebär teorin om egenvård de konkreta åtgärder individen gör i det dagliga livet för att främja hälsa och utveckling hos sig själv och sina närstående. Orem menar också att vuxna människor vill ta hand om sig själv och att människan har en förmåga att göra val och ta ansvar för sin egenvård både för sig själv och sin familj. Målet med omvårdnaden är enligt Orem, att hjälpa patienten till självständighet (Jahren och Kristoffersén, 1998).

Sjuksköterskan är idealisk som informatör till patient och anhöriga eftersom hon har kontakt med dem under hela sjukhusvistelsen. För att sjuksköterskan ska kunna informera patienter och anhöriga krävs det att hon har goda kunskaper i hur man informerar och påverkar patienten i hans/hennes nya liv. Det är vidare av vikt att sjuksköterskan är medveten om patienternas reaktioner efter hjärtsjukdom. Vanliga reaktioner är ångest, irritabilitet och rädsla för komplikationer (Jowett och Thompson, 1995).

I en studie av Murray, Manktelow och Clifford (2000) framkom att sjuksköterskan behöver bli bättre på att informera och ge råd till patienter angående livsstilsfaktorernas inverkan vid

hjärt- och kärlsjukdom. I studien fick patienter ange vem som hade informerat dem om livsstilsfaktorernas betydelse. Endast en av tio patienter angav då en sjuksköterska som informationskälla.

Vi har valt att belysa sjuksköterskans roll under rehabiliteringen vid hjärt- och kärlsjukdom för att underlätta för sjuksköterskan samt för att se vilka förändringar som skulle kunna genomföras för att göra rehabiliteringen så optimal som möjligt för patienten.

Syfte

Att belysa sjuksköterskans roll vid rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdom.

Metod

Sökprofil

Metoden är en litteraturstudie som har genomförts enligt Goodmans struktur (SBU, 1993). Sökningen gjordes i Medline, Cinahl samt manuellt i tidskrifterna "Journal of Advanced Nursing" och "Vård i Norden." Följande MeSH-termer har använts i olika kombinationer: Cardiovascular diseases, education, rehabilitation, nursing, nurses, heart diseases samt counselling. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade efter 1992, på engelska samt att de var publicerade i vårdvetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle även ha ett abstract tillgängligt. Exklusionskriterier var review artiklar samt de artiklar som inriktade sig på antingen män eller kvinnor. Se sökschema sid. 8.

Sökschema

MeSH termer	Träffar	Urval 1	Till resultat
Cardiovascular diseases + rehabilitation	283	2	1+(1)
Cardiovascular diseases + education	560	12	5
Cardiovascular diseases + counselling	23	1	0
Heart diseases + nurses + education	23	4	(1)
Heart diseases + rehabilitation	142	5	(1)
Heart diseases + nursing	304	5	2+(3)

Siffrorna inom parantes är artiklar som valts ut till resultatet men som återkommer flera gånger. För att inte gå miste om för mycket information valde vi att läsa alla artiklar i urval 1 innan vi valde ut artiklar till resultatet.

Granskningsprotokoll

Artiklarna har granskats enligt ett protokoll utifrån abstract, syfte, metod, resultat, diskussion, slutsats samt referenser där deras kvalitet har poängbedömts (se bilaga 1).

Analys/Bearbetning

De vetenskapliga artiklar vars titel sammanföll med vårt syfte granskades och valdes ut. De tio utvalda artiklarna är markerade med asterisk(*) i referenslistan. Samtliga artiklar finns även samlade i en överskådlig matris (se bilaga 2). När artiklarna hade lästs igenom, granskades de och en integrerad analys gjordes där olika teman identifierades.

Resultat

Den integrerade analysen visar att sjuksköterskans roll vid rehabiliteringen efter hjärt- och kärlsjukdom kan presentera under rubrikerna: sjuksköterskan som stödperson, sjuksköterskan som informatör samt patienternas upplevelse av sjuksköterskans kompetens. De studier som ingår i litteraturgranskningen är framförallt kvalitativa och intervjuade.

Sjuksköterskan som stödperson

I en studie av Wright, Wiles och Moher (2001) fick 22 slumpvis utvalda patienter med olika social bakgrund och olika hjärt- och kärlsjukdomar delta i en sjuksköterskeledd rehabilitering. Denna rehabilitering innefattade ett antal besök hos en sjuksköterska i primärvården som fått speciell utbildning i att ta hand om patienter med hjärt- och kärlsjukdom. Patienterna fick under dessa besök råd och information om hur de kunde förbättra sin livsstil. Patienterna fick också möjlighet att diskutera med sjuksköterskan om sin eventuella oro och sina bekymmer. Patienterna blev sedan intervjuade i sitt hem och fick svara på frågor angående hur de hade upplevt denna rehabilitering. Patienterna angav att den största fördelen med att delta i sjuksköterskeledd rehabilitering var sjuksköterskans förmåga att lyssna, lugna och stödja patienterna. I studien av Long, Kneafsey, Ryan och Berry (2001) var syftet att undersöka vilken specifik roll sjuksköterskan har i det multiprofessionella team (läkare, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer) som vanligen ingår i rehabiliteringen av bl.a. hjärtpatienter. Studien byggde på intervjuer och observationer av bl.a. hjärtpatienter som efter sin sjukdom genomgått den generella rehabilitering som alltid ges efter hjärtsjukdom, antingen på ett rehabiliteringscenter eller i hemmet. Resultatet visade i likhet med Wright et als (2001) resultat att patienterna framförallt värderar sjuksköterskans förmåga att ge känslomässigt stöd, att förklara i enkla termer och att uppmärksamma patienternas oro och bekymmer.

I en studie av Bergman och Berterö (2001) blev åtta noggrant utvalda hjärtpatienter i olika åldrar med olika social bakgrund intervjuade angående deras livssituation med fokus på om

de hade gjort några livsstilsförändringar i samband med sin hjärtsjukdom. I resultatet framkom det att patienterna upplevde det som mycket svårt att göra bestående livsstilsförändringar och för att klara av det var sjuksköterskans stöd av stor vikt.

De 22 patienter som deltog i en studie av Wiles (1997) fick liksom patienterna i studien av Wright et al. (2001) delta i en sjuksköterskeledd rehabilitering och sedan bli intervjuade i sina hem angående hur de hade upplevt denna rehabilitering. Rehabiliteringen i Wiles (1997) studie innebar att patienterna fick delta i ett sex veckor långt hjärtrehabiliteringsprogram som innefattade kliniska undersökningar (kolesterolmätningar, blodtryck och puls) samt information och samtal med sjuksköterskan om riskfaktorer, mediciner samt patientens oro och bekymmer. Efter att ha slutfört detta program fick patienterna besöka sjuksköterskan med tre månaders intervall i ett år. Patienterna i studier av både Wiles (1997) och Wright et al (2001) uppgav att ett emotionellt stöd från sjuksköterskan var en viktig faktor under rehabiliteringen. Sjuksköterskans lättillgänglighet, att sjuksköterskan var lätt att prata med samt att patienterna upplevde att sjuksköterskan inte var stressad och hade tid för samtal var andra faktorer som dessa patienter ansåg vara viktiga. Sjuksköterskans lättillgänglighet ansågs även vara viktig i studien av Bergman och Berterö (2001) där patienterna uttryckte en känsla av säkerhet och trygghet enbart genom att ha vetskap om att de lätt kunde få tag på en sjuksköterska, antingen per telefon eller genom ett personligt besök.

Att besöken skedde i en lugn och avslappnad miljö upplevdes som positivt bland patienterna i studien av Wiles (1997) till skillnad från den stressade och mer formella miljön på sjukhuset. Genom en lugn och avslappnad miljö upplevde patienterna som deltog i studien av Wright et al. (2001) att de ”kunde vara sig själva” samt att de kunde diskutera fritt med sjuksköterskan om sin nuvarande situation.

Sjuksköterskan som informatör

I studien av Turton (1998) fick 18 patienter och 18 sjuksköterskor genom ett frågeformulär ange vilken information de ansåg vara viktig att få efter att någon drabbats av hjärtinfarkt. Frågeformulären skickades hem till de deltagande patienterna 12- 15 dagar efter de hade blivit utskrivna från sjukhuset. Patienterna ansåg att det var viktigt att få information om vilka hjärtrelaterade symtom de ska vara uppmärksamma på i framtiden samt vilka livsstilsfaktorer

som har betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar. Sjuksköterskorna ansåg också att det var viktigt att patienterna fick information om livsstilsfaktorernas betydelse. Patienterna tyckte att det var mindre viktigt att erhålla information om droger, diet och åtgärder vid första hjälpen. Till skillnad från patienterna ansåg sjuksköterskan att det var mycket viktigt att ha kunskap om droger.

Ashton (1997) jämförde om manliga och kvinnliga patienter hade olika informationsbehov efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Detta mättes genom att 73 manliga och 48 kvinnliga hjärtinfarktspatienter fick bedöma enligt skalan CPLNI (The Cardiac Patient Learning Need Inventory) hur viktigt de ansåg att det var att de i rehabiliteringen fick information angående olika ämnen såsom riskfaktorer, dietinformation och läkemedelsinformation. Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan vad männen och kvinnorna tyckte var viktigt att lära sig. Denna studie, tillika studien av Turton (1998) visade att dietinformation uppfattades som mindre viktig samt att information om riskfaktorer ansågs som mycket viktigt att erhålla. Patienterna som deltog i studierna av Ashton (1997) och Frattini, Lindsay, Kerr och Park (1998) ansåg båda att det viktigaste var att erhålla information om de läkemedel de fått utskrivna på sjukhuset. Läkemedelsinformation ansågs däremot mindre viktig av patienterna i studien av Wright et al (2001) där patienterna föredrog en mer enkel och kortfattad förklaring.

I studien av Bergman och Berterö (2001) visar resultatet att det är viktigt att sjuksköterskan informerar patienten om att livsstilsförändringar kräver hårt arbete från patientens sida och att det är av stor vikt att patienten själv deltar aktivt i rehabiliteringsprocessen. För att patienten ska känna motivation till att börja förändra sin livsstil bör informationen vara given på rätt sätt d.v.s. utan förbud och pekpinar. Även studien av Wiles och Kinmonth (2001) tar upp vikten av att informationen ges på rätt sätt och i rätt tid under rehabiliteringen. För att undersöka när och hur det är mest lämpligt att ge information angående livsstilsförändringar i samband med hjärtsjukdom valdes 25 hjärtpatienter med olika social bakgrund ut för att ingå i en interventionsgrupp. Dessa patienter fick besök av en specialistutbildad hjärtsjuksköterska redan på sjukhuset. Sjuksköterskan informerade patienterna om deras situation, förväntat tillfrisknande och avgörande livsstilsförändringar. Efter utskrivningen från sjukhuset fick patienterna som deltog i interventionsgruppen också delta i en sjuksköterskeledd rehabilitering där de fick mer utförlig information angående livsstilsförändringar än vad som annars generellt ges. Vid två olika tillfällen under studiens gång blev dessa patienter intervjuade i sina hem. Första intervjun skedde två veckor efter utskrivning från sjukhuset och

den andra intervjun skedde efter fyra månader. Resultatet visade att under de första veckorna efter att de drabbats av en hjärtinfarkt var patienterna fortfarande i chocktillstånd. Under den tiden såg patienterna sin hjärtinfarkt som ett akut tillstånd och upplevde att de skulle bli handikappade resten av deras liv. Patienterna var då inte mottagliga för information om livsstilsförändringar. Först efter ca 4 månader började patienterna kunna ta till sig information om långsiktiga livsstilsförändringar. De började då förstå att deras egen medverkan i rehabiliteringen hade stor betydelse för deras framtid. Studien tar även upp vikten av en kombination av muntlig och skriftlig information.

Studien av Long et al (2001) menade att även familj och anhöriga behövde information. Detta för att även de skulle ha möjlighet att ge stöd och information till patienten. Liknande resultat ses i studien av Bergman och Berterö (2001) där de ansåg att de anhöriga behövde information om sjukdom och behandling för att kunna ge stöd till patienten.

Betydelsen av specifika rehabiliteringsprogram

Studier av Wiles och Kinmonth (2001), Normington och Goodwin (2000) samt Wiles (1997) visar att för att patienterna ska kunna ta till sig information och göra bestående livsstilsförändringar krävs det att patienten är väl insatt i sin sjukdomssituation och förstår att den går att påverka.

I en studie av Linden (1995) delades patienterna in i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. De patienter som deltog i interventionsgruppen erhöll en hjärtmanual innehållande allmän rådgivning, motionsrekommendationer samt avslappningsprogram med tillhörande kassetband för avslappning. Patienterna som deltog i kontrollgruppen erhöll endast generell information med sedvanliga informationsbroschyrer. Patienterna i interventionsgruppen visade generellt högre förväntningar på tillfrisknandet efter avslutad rehabilitering. De visade även att de var mindre oroliga och mindre depressionsbenägna än de patienter som endast erhöll generell information. Detta kom man fram till genom att både patienterna i interventionsgruppen och patienterna i kontrollgruppen fick fylla i skalan The Hospital and Depression Score (HAD) som är en speciellt utformad skala där patienterna får gradera sin oro och känsla av depressivitet. Liknande resultat ses i studien av Normington och Goodwin (2000) där patienterna som deltog i interventionsgruppen med individuellt anpassad

information visade sig vara mindre oroliga, hade kortare rehabiliteringstid, kunde snabbare återgå till arbetet samt gjorde bestående livsstilsförändringar.

Sjuksköterskans roll som patientens företrädare

Long et al. (2001) fann att patienterna ansåg att sjuksköterskan hade en viktig roll som informatör vilket bl.a. innefattade sjuksköterskan som patientens företrädare i kontakten med andra yrkesgrupper. Även patienterna som deltog i studien av Wright et al. (2001) uppgav att sjuksköterskan var idealisk i denna roll. Patienterna menade att sjuksköterskan var en trygg länk mellan ”den medicinska världen” och ”patientens värld”, att hon hade förmågan att tala två skilda språk.

Patienternas upplevelse av sjuksköterskans kompetens

Patienterna och sjuksköterskorna som deltog i studien av Wright et al. (2001) fick svara på frågor angående sjuksköterskans kunskap och kompetens angående hjärt- och kärlsjukdom för att undersöka om sjuksköterskan är den rätta personen att ansvara för rehabiliteringen i öppenvården. Patienterna ansåg att sjuksköterskan hade adekvat kunskap för att ansvara för rehabiliteringen. Samtliga patienter ansåg att sjuksköterskan hade kompetens att utföra kliniska undersökningar såsom blodtryckskontroller och blodprovstagning. De tyckte också att sjuksköterskan hade kompetens att svara på frågor och ge råd angående livsstilfaktorer. Liknande resultat ses i studien av Wiles (1997) där de flesta patienterna ansåg att sjuksköterskan var kompetent att ha fullt ansvar för rehabiliteringen i öppenvården. Patienterna uppgav att de kände trygghet och litade på att sjuksköterskan hade kunskap för att kunna avgöra om patientens problem var så pass allvarliga att läkare behövde kontaktas. Ett fåtal patienter uppgav dock att de föredrog en specialistutbildad hjärtsjuksköterska därför att de tvivlade på allmänsjuksköterskans kompetens.

I studien av Linden (1995) är patienterna mycket nöjda med sjuksköterskans kompetens. Patienterna kände att sjuksköterskan hade tillräckliga kunskaper för att kunna svara på deras frågor rörande sjukdomen. Patienterna som deltog i studien av Ashton (1997) fick svara på frågan om vilken yrkesgrupp de tyckte var mest kompetent att informera dem om deras

hjärtsjukdom och behandling/rehabilitering. Samtliga patienter föredrog antingen en sjuksköterska eller läkare framför andra yrkesgrupper t.ex. dietist. De manliga patienterna föredrog i större utsträckning en sjuksköterska medan de kvinnliga patienterna föredrog en läkare.

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom det finns mycket dokumenterat om rehabilitering efter hjärt- och kärlsjukdom var en litteraturstudie mest lämplig utifrån syftet med studien. Artikelsökningen i databasen Medline resulterade i ett stort antal träffar. Urvalet av dessa träffar blev dock inte så stort p.g.a. det smala ämnesområdet. För att urvalet skulle anses relevant är de utvalda studierna dels av kvalitativ och dels av kvantitativ karaktär genom att de både tar upp patienternas upplevelser av sjuksköterskans arbete och effekterna av det. Genom att endast inkludera studier som publicerats i vårdvetenskapliga tidskrifter kan studier som publicerats i andra typer av tidskrifter missas. Då tidsutrymmet för studiens genomförande var begränsat bedömdes detta val ändå öka förutsättningarna för att relevant kunskap sammanställdes.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka vilken roll sjuksköterskan har i rehabiliteringen efter hjärt-kärlsjukdom. Resultatet visar att sjuksköterskan har en mycket viktig roll i rehabiliteringen efter hjärt-kärlsjukdom. Det har dock varit svårt att ange några exakta mått på vad som är viktigast i hennes rehabiliteringsarbete eftersom de flesta artiklarna har varit kvalitativa och byggt på de deltagande patienternas upplevelser.

Sjuksköterskans stödjande roll återkom i flera artiklar som den kanske viktigaste rollen. I studien av Wright et al (2001) satte de deltagande patienterna högt värde på sjuksköterskans förmåga att lyssna, lugna och stödja dem i sin situation. Även patienterna som deltog i studien

av Long et al (2001) uppskattade sjuksköterskans förmåga att ge känslomässigt stöd och att uppmärksamma patienternas oro och bekymmer. Dessa egenskaper beskrivs av Angelöw och Jonsson (1990) som typiskt kvinnliga egenskaper och handlar enligt dessa författare ursprungligen om den moderliga omsorgen om barn. Varken Wright et al (2001) eller Long et al (2001) anger i klartext om sjuksköterskorna som deltog i deras studier var kvinnor eller män men genomgående används ordet ”hon” om sjuksköterskan. Det hade varit intressant att vidare undersöka huruvida dessa uppskattade förmågor som patienterna ansåg att sjuksköterskorna hade verkligen hade med deras yrkesprofession att göra eller om det var för att sjuksköterskorna var kvinnor. Inom den psykiatriska forskningen har man kommit fram till att klienter som hade ett kvinnligt personligt ombud som stöd i öppenvården var mer nöjda än de som hade ett manligt stöd. Klienterna uppgav t.ex. att de var mer nöjda med relationen till sitt kvinnliga ombud, att de hade större förtroende för henne samt att hon gav rätt sorts stöd och hjälp (Björkman, 2000). Dessa fakta kan ses som ett stöd till hypotesen att det var för att sjuksköterskorna var kvinnor snarare än för att de var sjuksköterskor som de hade dessa uppskattade omsorgstagande egenskaper.

Att sjuksköterskan har en viktig roll som informatör beskrivs på flera ställen i litteraturen. Hjärt- och kärlsjukdomar är välfärdssjukdomar som man som patient själv lägger grunden till på många sätt. Ett högt intag av mättat fett, en stressig vardag samt för mycket stillasittande är förknippat med en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Eriksson, 1996). Eftersom det till viss del går att påverka dessa sjukdomar själv är det naturligtvis viktigt att det finns någon som är kunnig inom området och som kan informera andra om vad som är viktigt att tänka på när man drabbats av en hjärt- eller kärlsjukdom. I studien av Turton (1998) ansåg både patienterna och sjuksköterskorna att det var viktigt att information gavs om vilka livsstilsfaktorer som har betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar. Trots detta så angav patienterna att de upplevde det som mindre viktigt att få information om droger. Droganvändning, framförallt rökning anger Eriksson (1996) som en av de huvudsakliga riskfaktorerna för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. Är det så att många människor fortfarande är så okunniga trots alla larmrapporter om ökande antal hjärt- och kärlsjukdomar att de inte känner till att droganvändning, framförallt rökning har en stor betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar? Eller kan det vara så att det upplevs som så svårt att ändra sin livsstil och sina vanor/ovanor att man i det längsta försöker blunda för det ämnet? Sjuksköterskorna däremot, som deltog i studien av Turton (1998) angav att de tyckte att det var mycket viktigt att ha kunskap om drogernas betydelse för hjärt- och kärlsjukdom. En

förklaring till detta kan enligt Wright et al (2001) vara att sjuksköterskan har bättre teoretiska kunskaper i detta ämne.

Att erhålla information om kostens betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar angav både patienterna som deltog i studien av Ashton (1997) och i studien av Turton (1998) som mindre viktigt. Frattini et al (1998) skriver i sin studie att man utifrån erfarenhet har kommit fram till att många patienter fortfarande upplever att kostrådgivning enbart är av betydelse för dem som behöver gå ner i vikt och det visar därmed att många människor saknar kunskap om t.ex. kolesterolets betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar. Att många människor saknade kunskap om kolesterolets betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar kom även Ashton (1997) fram till i sin studie. Vidare skriver Ashton att eftersom en hög kolesterolhalt i blodet är en av de huvudsakliga riskfaktorerna för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom är det av största betydelse att information och undervisning angående detta ingår i ett rehabiliteringsprogram.

I studien av Wiles och Kinmonth (2001) undersöktes det när det var mest lämpligt att ge patienter som drabbats av en hjärtinfarkt information om betydande livsstilsförändringar. Resultatet visade att under de första veckorna efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt var patienterna fortfarande i chocktillstånd och var då inte mottagliga för den typen av information. Detta resultat stämmer överens med vad Cullberg (2000) skriver om det naturliga krisförloppet. När man drabbas av en allvarlig sjukdom t.ex. hjärtinfarkt är det naturligt att patienten hamnar i en kris. Inte förrän patienten tagit sig igenom den akuta fasen i krisen som normalt brukar vara i allt från några dagar till några månader kan patienten vara mottaglig för denna typ av information. Istället för att sjuksköterskan ger saklig information den första tiden efter att patienten drabbats av en allvarlig sjukdom kan hon/han enligt Cullberg istället försöka finnas till för patienten som ett stöd att öppet uttrycka sina känslor. Att lyssna på patienten och att försöka att vara patientens ”vikarierande hopp” under den tiden då patienten inte själv hyser något hopp för framtiden är betydligt mer värdefullt för patienten den första tiden än information om livsstilsförändringar. Enligt studien av Wiles och Kinmonth (2001) är patienten inte mottaglig för information om livsstilsförändringar förrän cirka fyra månader efter det att de drabbats av en hjärtinfarkt. I de flesta studier som använts till denna litteraturstudie har man dock börjat med rehabiliteringen av hjärtpatienter betydligt tidigare än fyra månader efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. I studien av Turton (1998) fick de deltagande patienterna fylla i ett frågeformulär angående vilken information de ansåg

vara viktig att få efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt redan 12- 15 dagar efter att de blivit utskrivna från sjukhuset. I studien av Wiles (1997) fick patienterna delta i ett hjärtrehabiliteringsprogram sex veckor efter att de drabbats av hjärtinfarkt. Det hade varit intressant att undersöka varför förhållandet är på detta sätt. Om man ska tro på vad Wiles och Kinmonth (2001) samt Cullberg (2000) säger om att patienten inte är mottaglig för någon saklig information förrän efter fyra månader är ju dessa rehabiliteringar som ges tidigare än så inte till någon större nytta för patienten. Samtidigt verkar det ju orimligt att efter några dygn på sjukhuset få åka hem och leva som vanligt fram till fyra månader efter insjukningstillfället och först då få information om hur man kan förbättra sin livsstil.

Att specifika rehabiliteringsprogram i vården av hjärt- och kärlsjuka patienter är av stor betydelse visar resultatet i både Lindens (1995) och Normington och Goodwins (2000) studier. De patienter som ingick i interventionsgrupperna visade generellt högre förväntningar på tillfrisknandet, de hade kortare rehabiliteringstid, de gjorde livsstilsförändringar och de kände sig även mindre oroliga och depressionsbenägna än patienterna i kontrollgrupperna. Detta resultat kom man fram till relativt kort tid efter att patienterna deltagit i interventionen. Huruvida dessa positiva effekter kvarstod på längre sikt är inte klarlagt.

Generellt sett var patienterna som deltog i alla studierna nöjda med sjuksköterskans kompetens. De ansåg att sjuksköterskan hade tillräckligt med kunskaper för att kunna svara på frågor samt ge råd om livsstilsförändringar. I studien av Wiles (1997) angav dock ett fåtal patienter att de tvivlade på allmänsjuksköterskans kompetens. En förklaring till detta kan enligt Long et al (2001) vara att en del patienter av en eller annan anledning kände att deras situation var för allvarlig för att en allmänsjuksköterska skulle kunna ta hand om dem. De menade att enbart en expert kunde klara av det.

Patienterna som deltog i studien av Ashton (1997) fick svara på frågan om vilken yrkesgrupp de tyckte var mest kompetent att informera dem om deras hjärtsjukdom och behandling/rehabilitering. De manliga patienterna föredrog i större utsträckning en sjuksköterska medan de kvinnliga föredrog en läkare. Wiles (1997) skriver i sin studie att en förklaring till att en del människor föredrar en läkare framför en sjuksköterska som informationsgivare är den traditionella uppfattningen om att sjuksköterskan är läkarens assistent och därmed inte någon egen vårdgivare. Wiles skriver dock i sin studie att det

framförallt är äldre människor och människor som haft väldigt lite kontakt med sjukvården som har denna uppfattningen.

Sammanfattningsvis har sjuksköterskors arbete inom rehabilitering efter hjärt-kärlsjukdom hög acceptabilitet bland patienterna och, åtminstone i det korta perspektivet, god effekt på deras återhämtning. Huruvida det även har effekt i ett längre perspektiv är en fråga för framtida forskning.

Referenser

- Angelöw, B., & Jonsson, T. (1990). *Introduktion till Socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- *Ashton, K. C. (1997). Perceived Learning Needs of Men and Women after Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12, 93-100.
- *Bergman, E., & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 733-741.
- Bjälje, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö. V., & Toverud, K. C. (1998). *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Björkman, T., (2000). Case Management for Individuals with Severe Mental Illness. A Process –Outcome Study of Ten Pilot Services in Sweden (avhandling), Lunds universitet.
- Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ehrenkrona, N., & Öman, A. (1994). *Rehabilitering vid hjärt-och kärlsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (1996). *Medicinsk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- *Frattini, E., Lindsay, P., Kerr, E., & Park, Y. J. (1998). Learning Needs of Congestive Heart Failure Patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 13, 11-16,33.
- Fridlund, B., Högstedt, B., Lidell, E., & Larsson, P.A. (1991). Recovery After Myocardial Infarction. Effects of a Caring Rehabilitation Programme. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 5, 23-32.
- Health for all targets: the healthy policy for Europe. (1993). Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Jacobsson, L., & Lindgren, B. (1995). *How much is the cost of illness?* Institutet för samhällsmedicin, Lunds Universitet.
- Jahren Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Jowett, N., & Thompson, D. (1995). *Comprehensive Coronary care*. London: Scutary Press.
- *Linden, B. (1995). Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11, 10-19.
- *Long A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2001). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 70-78.

Murray, S. A., Manktelow, K., & Clifford, C. (2000). The Interplay Between Social and Cultural Context and perceptions of cardiovascular Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1224-1233.

Newens, A. J., McColl, E., Bond, S., & Priest, J. F. (1996). Patients' and nurses' knowledge of cardiac-related symptoms and cardiac misconceptions. *Heart & Lung*, 25, 190-199.

Nolan, J., Nolan, M., & Booth, A. (2001). Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 163-173.

*Normington, K., & Goodwin, S. (2000). A personalised approach to cardiac rehabilitation. *Professional Nurse*, 15, 432-436.

SBU rapport nr 134. (1997). Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program- en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

SBU rapport nr 119E. (1993). *Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

SFS. 1982:763. svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (1995). Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor. Allmänna råd 1995:5. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1997). *Folkhälsorapport 1997:18*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2000). [http:// www.sos.se](http://www.sos.se). Dödsorsaker.

SoS rapport 1993:10. *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården för alla åldrar och diagnoser*. Stockholm: Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Thompson, D., & Webster, R. (1992). *Caring for the coronary patient*. Oxford: Butterworth Heinmann Ltd.

*Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/ partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 770-778.

*Wiles, R. (1997). Empowering practice nurses in the follow-up of patients with established heart disease: lessons from patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 729-735.

*Wiles, R., & Kinmonth, A. L. (2001). Patients' understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counselling*, 44, 161-169.

*Wright, F. L., Wiles, R. A., & Moher, M. (2001). Patients' and practice nurses' perceptions of secondary preventive care for established ischaemic heart disease: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 180-188.

Bilaga 1(2) Matris

Författare/ År / Titel	Syfte	Metod	Resultat
Ashton C, Kathleen/ 1997/ Perceived Learning Needs of Men and Women after Myocardial Infarction	Att ta reda på svaren på följande två frågor: - Vad tycker män och kvinnor med hjärt- och kärl sjukdom är viktigt att lära sig om sin sjukdom under sjukhusvistelsen? - Vem önskar de att de blir informerade /undervisade av?	En beskrivande och jämförande studie. 121 patienter varav 73 män och 48 kvinnor ingick i studien. Patienterna kom från ett hälsocenter i New Jersey.	Kvinnorna tyckte att det var viktigast att lära sig om medicinering medan männen tyckte att riskfaktorer var viktigast. Kvinnorna föredrog en läkare som undervisare medan männen föredrog en sjuksköterska.
Bergman, E & Berterö, C / 01 / You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease.	Att öka förståelsen och kunskaperna om vad det innebär att ha en hjärtsjukdom, hur det påverkar livet för den drabbade. Studien ska också identifiera de influerande faktorerna och vilken verkan de har på tillmötesgåendet av patienterna.	8 individer med diagnostiserad artär sjukdom i Sverige blev intervjuade angående deras livssituation och vilka möjligheter och hinder de stötte på under livsstilsförändringarna. Vid analysen användes en hermeneutisk ansats.	Arv, livsstil och krav från andra och krav på sig själv anges som orsak till sjukdomen. Hinder för rehabiliteringen är: osäkerhet, sorg och förvirring. Lyckad rehabilitering berodde främst på den egna personligheten och stöd utifrån så som familj, vårdpersonal m.fl.
Frattini, E <i>et al.</i> / 1998/ Learning needs of Congestive Heart failure patients.	Att jämföra uppfattningen av kunskapsbehovet bland hjärtsviktpatienter och sjuksköterskor samt att identifiera eventuella klyftor mellan sjuksköterskor och patienter angående kunskapsbehovet.	50 patienter med diagnosen hjärtsvikt och 47 sjuksköterskor från Canada deltog i studien. Studien använde sig av version av instrumentet CHFPLNI(Congestive Heart Failure Patient learning Needs Inventory). Instrumentet mäter informationsbehovet inom följande kategorier: anatomi & fysiologi, medicinering, diet, riskfaktorer, aktivitet, olika psykologiska faktorer.	Patienter och sjuksköterskor ansåg att olika kategorier är av vikt att ha kunskap om. Överlag visade sig patienterna tycka att kunskap om de olika kategorierna var viktigare än sjuksköterskorna.
Linden, B / 1995/ Evaluation of a home- based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction.	Att jämföra effekterna av ett nyligen uppstartat hjärtrehabiliteringsprogram som riktar sig till de patienter som är utskrivna från en hjärtklinik med patienter som endast fått generell information efter sin hjärtinfarkt.	34 patienter randomiserads in i två grupper. Den ena gruppen mottog interventioner enligt ett hjärtrehabiliteringsprogram medan den andra gruppen endast mottog generell information. Instrument som användes var bl.a. en poängskala (HAD) som	Resultatet visar att patienterna i interventionsgruppen hade betydligt högre poäng i självförtroende gällande återhämtning samt i deras syn av tillfrisknings framgång.

		mätte patienternas oro och depressionsbenägenhet, läkarens bedömning samt patientens syn på återhämtning och framsteg. Uppföljning skedde efter 1, 3 och 6 veckor.	
Long <i>et al.</i> /2001/The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team.	Att undersöka vilken specifik roll sjuksköterskan har i det multiprofessionella team som vanligen ingår i rehabiliteringen av bl.a. hjärtpatienter.	49 patienter ingick i den kvalitativa studien. Patientklientelet bestod bl.a. av pat. med hjärtsjukdom Datainsamlingsmetoderna var bl.a. observationer, intervjuer samt bandinspelning av intervjuerna. Resultatet sammanställdes av en utvald grupp bestående av bl.a. utbildare, sjuksköterskor, klienter och vårdare.	Sex roller identifierades hos sjuksköterskan. Rollerna var att: bedöma patienten, fungera som informatör, utföra kliniska undersökningar,, fungera som stödperson, samt förmåga att involvera familjen.
Normington <i>et al.</i> /2000/A personalised approach to cardiac rehabilitation	Att utvärdera effekten av en tidig intervention genom ett individuellt utformat rehabiliteringsprogram.	En randomiserad kontrollerad studie med 114 patienter som hjärtinfarkt. Två sjuksköterskor ansvarade för rehabiliteringen. Patienterna randomiserades in i antingen en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp. Båda grupperna mottog sedvanlig sjukhusvård medan interventionsgruppen mottog extra information från rehabiliterings sjuksköterskan. HAD skalan(The hospital anxiety and depression score) användes initialt och vid uppföljningen som skedde efter 1 och 3 månader samt efter ett år. COOP-skalan användes för att mäta patientens livskvalitet.	Resultatet visar att patienterna i interventionsgruppen var mindre oroliga, hade en snabbare återgång till ”normalt” liv samt att de hade klarare planer för framtiden jämfört med kontrollgruppen. Interventionsgruppen visar sig också ha snabbare återgång till aktiviteter och dietförändringar.
Turton, J/1998/Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff.	Att få insikt i patienternas och deras partners uppfattningar angående deras informationsbehov samt att förstå vilken information de tycker är viktigast. Resultatet jämfördes sedan med sjuksköterskans uppfattning för att undersöka om det var	Studien gjordes i England och bestod av 18 patienter och deras partners samt 18 sjuksköterskor. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär ca två veckor efter utskrivning från sjukhuset. Även sjuksköterskorna fick svara på frågeformuläret.	Patienter, partners och sjuksköterskor tyckte samtliga att information om livsstilsfaktorer och symtombehandling var viktigast. Information om läkemedel ansågs vara mindre viktig bland patienterna och deras partners medan sjuksköterskorna tyckte att

	någon skillnad i deras uppfattningar.		detta var mycket viktigt.
Wiles, R. /1997/ Empowering practice nurses in the follow-up of patients with established heart disease: lessons from patients' experiences.	Att undersöka patienternas åsikter om sjuksköterskeledd uppföljning efter utskrivning eller diagnos.	Kvalitativ studie med djupintervjuer som spelades in på band. 22 patienter deltog i studien varav 20 hade diagnosen hjärtinfarkt och 2 hade diagnosen angina pectoris. Patienterna intervjuades två gånger i deras hem, kort efter utskrivning samt efter 3 månader. Ett semi strukturerat intervju schema användes.	Sjuksköterskans kunskap, lättillgänglighet samt sociala och emotionella kompetens ansågs vara viktig bland patienterna.
Wiles och Kinmonth, A./2001/Patients understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence.	Att undersöka patienternas förståelse angående hjärtinfarkten för att kunna utforma ett effektivt sekundär preventivt program.	Kvalitativ studie med djupintervjuer som spelades in på band. 25 patienter deltog i studien. Varje patient intervjuades 2 gånger, 2 veckor resp 4 månader efter utskrivning.	Resultatet visar att information från bl.a sjuksköterskor uppmuntrar patienterna till att se sin hjärtinfarkt som en akut händelse istället för ett symtom av en kronisk åkomma och denna förståelse förser patienterna med dålig motivation till livsstilsförändringar.
Wright, Wiles & Moher/2001/ Patients' and practice nurses' perceptions of secondary preventive care for established ischaemic heart disease: a qualitative study.	Att undersöka innehållet i patienternas uppskattning av sjuksköterskan på en hjärtklinik samt att undersöka godtagbarheten bland patienter och sjuksköterskor av en sjuksköterskeledd vård.	En kvalitativ studie med 22 patienter och 7 sjuksköterskor. Varje patients samtal med sjuksköterskan spelades in på band. Efter det första besöket hos ssk intervjuades pat. I dennes hem. Sjuksköterskorna blev intervjuade i grupp.	Sjuksköterskeledd hjärtprevention var accepterad bland både patienter och sjuksköterskor. Studien visar också att sjuksköterskorna var duktiga på att ta upp anamnes och att ge dietråd. Hon var däremot mindre duktig på förståelsen av hjärtsjukdomar och relaterade läkemedel. .

Bilaga 2 (2) Granskningsprotokoll

Författare	Abstract	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Slutsats	Referenser	Totalsumma
Ashton, K. C	2	2	2	2	2	1	2	13
Bergman, E., & Berterö, C	2	2	2	2	1	2	2	13
Fratini, E., Lindsay, P., Kerr, E., & Park, Y. J.	1	2	2	2	2	2	2	13
Linden, B.	2	2	2	2	2	2	2	14
Long A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J	2	1	2	2	2	2	2	13
Normington, K., & Goodwin, S.	1	2	1	2	2	2	2	12
Turton, J.	1	2	2	2	2	2	2	13
Wiles, R.	2	2	2	2	2	2	2	14
Wiles, R., & Kinmonth, A. L.	2	2	2	2	2	1	2	13
Wright, F. L., Wiles, R. A., & Moher, M.	1	2	2	2	2	2	2	13

0 = saknas, 1 = bristfällig, 2 = God