



HÖGSKOLAN
DALARNA

Magisterexamensarbete

Patients upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

En kvalitativ studie

Patients' perceptions of the factors that are important in the care on specialist nurse-led heart failure clinics.

A qualitative study

Författare: Olga Andersson och Marianne Strand

Handledare: Ingrid From

Examinator: Annacarin Svanberg

Granskare: Ewa Billing

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: Vå3074

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 20160112

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtsvikt är ett vanligt och allvarligt tillstånd med hög dödlighet, sjuklighet och försämrad livskvalité. Det beräknas att omkring en kvarts miljon personer i Sverige har kronisk hjärtsvikt. Inrättandet av specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktmottagningar med läkarstöd har förbättrat behandlingen av patienter med hjärtsvikt.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktmottagningar.

Metod: En intervjustudie med semistrukturerade frågor har använts. En kvalitativ manifest innehållsanalys användes för att analysera det material som framkom vid intervjuerna. Informanterna valdes ut genom ett strategiskt urval.

Resultat: Resultatet visade att en fungerande vårdrelation med sjukvården som representerades av specialistsjuksköterska på hjärtsviktmottagningen samt information för att klara av sin egenvård var av betydelse för informanterna. En god vårdrelation beskrivs av informanterna i studien att den innehåller kontinuitet, tillit till specialistsjuksköterska, samarbete med vårdpersonal, ett bekräftande bemötande samt tillgänglighet vid behov.

Konklusion: Vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktmottagningar är betydelsefull för patienters trygghet. Det förefaller viktigt att få veta vem hjärtsviktspatienterna ska kontakta vid behov av stöd och hjälp för att hantera sin situation. Möjligheten att kontakta specialistsjuksköterska när behovet fanns upplevdes betydelsefull. Information om egenvård uppfattades av informanterna som viktigt och som ett stöd i det dagliga livet.

Nyckelord: Hjärtsvikt, hjärtsviktmottagning, upplevelse, betydelse, patienter.

Abstract

Background: Heart failure is a common and serious condition with high mortality rate, morbidity and impaired quality of life. It is estimated that about a quarter of a million Swedish people have chronic heart failure. The creation of a specialist nurse-led heart failure clinic with medical assistance has improved the treatment of patients with heart failure.

Aim: The aim of this study was to examine patients' perceptions of the factors that are important in the care on specialist nurse-led heart failure clinics.

Method: Interviews with semi-structured questions were used. A qualitative manifest content analysis was used to analyze the material found during the interviews. The informants were selected through a strategic selection.

Results: The result showed that a functional relationship between patient and specially trained nurses at the heart failure clinic, and sufficient information to manage their own care, was of the most importance to the patients. A good healthcare relationship are described by the patients as containing continuity, trust to the nurse, friendly treatment, cooperation's with healthcare staff and availability as needed.

Conclusion: The care of a specialist nurse-led heart failure clinics are important for patient safety. It seems important to know whom heart failure patients should contact if necessary help and support to deal with their situation. To have the ability to contact a nurse when needed was very meaningful. The informants found the information on how to handling their own care as important and as a support in their daily life.

Keyword: Heart failure, heart failure clinic, experience, importance, patient`s.

Innehållsförteckning:

Bakgrund:	1
<i>Introduktion:</i>	1
<i>Hjärtsvikt:</i>	1
<i>Klassifikation av hjärtsvikt:</i>	2
<i>Symtom vid hjärtsvikt:</i>	2
<i>Diagnos:</i>	2
<i>Behandlingen vid hjärtsvikt :</i>	3
<i>Specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar:</i>	3
<i>Hjärtsviktens påverkan i det dagliga livet:</i>	4
<i>Egenvård vid hjärtsvikt:</i>	4
<i>Transitionsteori:</i>	5
<i>Tidigare forskning:</i>	6
Problemformulering:	6
Syfte:	7
Metod:	7
<i>Design:</i>	7
<i>Urval:</i>	8
<i>Deltagare:</i>	9
<i>Datainsamlingsmetod:</i>	9
<i>Tillvägagångssätt:</i>	9
<i>Dataanalys:</i>	10
Forskningsetiskaövervägande:	12
Resultat:	13
<i>En fungerande vårdrelation:</i>	13
<i>Kontinuiteten:</i>	13
<i>Tillit till specialistsjuksköterska:</i>	14
<i>Samverkan med personalen:</i>	15
<i>Ett bekräftande bemötande:</i>	16
<i>Tillgängligheten:</i>	16
<i>Får information för att klara av sin egenvård:</i>	17
<i>Anpassad information:</i>	17
Diskussion:	18

Sammanfattning av huvudresultaten:	18
Resultatdiskussion:	18
Metoddiskussion:	21
Slutsats:	23
Studiens kliniska betydelse:	24
Förslag till vidare forskning:	24
Referenslista:	25
Bilagor:	31
<i>Bilaga 1. Frågebrev till verksamhetschef:</i>	32
<i>Bilaga 2. Frågebrev till specialistsjuksköterska:</i>	33
<i>Bilaga 3. Informationsbrev till patienten:</i>	34
<i>Bilaga 4. Intervjuguide:</i>	35
<i>Bilaga 5. Samtyckesformulär:</i>	36
<i>Bilaga 6. Etisk egengranskning:</i>	37
<i>Bilaga 7. Författardeklaration:</i>	38

Bakgrund

Introduktion

Hjärtsvikt (hjärtinsufficiens) är ett vanligt och allvarligt tillstånd med hög dödlighet, sjuklighet och försämrad livskvalité. Prevalensen av hjärtsvikt beräknas upp till 14 miljoner människor i Europa (World Heart Failure Society, 2012).

Det beräknas att två till tre procent av den svenska befolkningen, det vill säga att omkring en kvarts miljon personer i Sverige har kronisk hjärtsvikt. Prevalensen stiger kraftig efter 75 års ålder (Dahlström, 2010; Wikström, 2014).

De allra flesta personer med hjärtsvikt tillhör den äldre populationen. Antalet patienter med hjärtsvikt kommer att öka i framtiden eftersom medellivsåldern ökar. Den stigande andelen personer med hjärtsvikt kan bero på ett förbättrat omhändertagande vid ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni, vilket är vanliga orsaker till hjärtsvikt (Gary & Davis, 2008; Ågren, Evangelista, Davidson & Strömberg, 2013; Williams, Akroyd & Burke, 2010).

Varje år insjuknar cirka 30 000 svenskar i symtomatisk hjärtsvikt (Dahlström, 2010; Wikström, 2014). Kostnaderna för hjärtsvikt vården beräknas upp till sex miljarder kronor per år (Agval, 2010) vilket motsvarar två till tre procent av den totala sjukvårdskostnaden i Sverige (Vasko, Jonsson, Dahlström, Hovland Tänneryd & Eriksson, 2014). Prevalensen av sjukdomen är relativt lika för män och kvinnor (Schenk- Gustafsson, 2011).

Specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar med läkarstöd utvecklas. Specialistsjuksköterskor på dessa mottagningar arbetar i ett multidisciplinärt team för att stödja och erbjuda hjärtsviktspatienter och deras familjer ett optimalt omhändertagande (Ågren et al., 2013; Strömberg, 2005; Bevihavas, Newton, Yun Du, Macdonald, Frost, Stewart & Davidson 2010).

Hjärtsvikt

En entydlig definition av hjärtsvikt finns inte. Hjärtsvikt är egentligen inte en primär, specifik sjukdom utan ett kliniskt tillstånd där hjärtat inte förmår att pumpa tillräckligt mycket blod för att försörja kroppens organ med adekvat blodförsörjning (Agvall, 2010;

Dahlström, 2010). En annan definition beskriver kronisk hjärtsvikt som ett kliniskt symtom på annan bakomliggande hjärtsjukdom (Mårtensson, 2012; Wikström, 2014).

Klassifikation av hjärtsvikt

New York Heart Association (NYHA) är ett instrument/verktyg för klassifikation av hjärtsvikt och används för att mäta kliniska symtom och ger en bild av sviktens svårighetsgrad.

NYHA I: Patienten har en nedsatt hjärtfunktion utan symtom.

NYHA II: Patienten har andfåddhet och trötthet vid endast fysisk aktivitet av måttlig grad, har inga besvär i vila.

NYHA III: Patienten har andfåddhet och trötthet redan vid lätt till måttlig fysisk ansträngning.

NYHA IV: Patienten har andfåddhet vid minimal ansträngning eller redan i vila. Dessa symtom ökar vid minsta aktivitet (Barremo, Bruce, Salander & Sundin, 2008; Pruitt, 2008).

Enligt Dahlström (2010) kan denna klassificering ses som ett grovt mått på patientens kapacitet i dagliga livet. Klassificeringen är inte exakt men praktisk och är mest använd.

Symtom vid hjärtsvikt

De vanliga symtomen vid hjärtsvikt är andfåddhet (dyspné) och trötthet (fatigue) vid fysisk aktivitet. Vid ökad grad av hjärtsvikt förekommer dessa symtom även i vila. Svullna anklar, viktuppgång, yrsel, nattlig hosta och hjärklappning är andra ofta rapporterade symtom (Schenk-Gustavsson, Kanter & Mårtensson, 2011). Hjärtsviktpatienter lider även av nedstämdhet, sömnsvårigheter och aptitlöshet (Wikström, 2014). Schenk- Gustavsson, Kanter och Mårtensson (2011) menar att den kliniska diagnosen hjärtsvikt hos kvinnor kan vara svår, de har oftare andfåddhet än män.

Diagnos

Hjärtsvikt är en behandlingsmässigt kostsam diagnos. Utredning vid misstänkt hjärtsvikt innefattar anamnes, status, EKG, laboratorieprover, lungröntgen samt ekokardiografi (Schenk- Gustavsson, Kanter & Mårtensson, 2011). I anamnesen identifieras riskfaktorer såsom ålder, diabetes, hypertension, övervikt, drog- och

alkoholkonsumtion samt hereditet, vilket är nödvändigt för att ställa diagnosen hjärtsvikt (Pruitt, 2008; Gary & Davis, 2008).

Behandling vid hjärtsvikt

I dagsläget finns inte någon botande behandling vid hjärtsvikt. Behandlingen syftar till att lindra symtom, förbättra arbetsförmåga, förlänga överlevnad och förbättra livskvalité. Främst behandlas grundorsaken till hjärtsvikt (Dahlström & Strömberg, 2005). Nya och effektiva läkemedel har tagits fram de senaste femton åren och behandlingsvinsterna är betydande (Madsen, 2011). Enligt Bevihavas et al. (2010) ska behandlingen baseras på strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan, farmakologisk behandling samt icke farmakologisk behandling.

Icke farmakologisk behandling av patienter med hjärtsvikt innebär individuell anpassad information, både till patient och närmast anhörig, inriktad mot livstilförändringar, egenvård samt monitorering av symtom (Schenk- Gustavsson, Kanter & Mårtensson, 2011; Mårtensson, Strömberg, Dahlström, Karlsson & Fridlund, 2005).

Specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar

Inrättandet av specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar med läkarstöd har förbättrat behandlingen av patienter med hjärtsvikt (Burström, Boman, Brandström & Strandberg, 2011; Ågren et al., 2013; Sundin, Bruce & Barremo, 2010; Bevihavas et al., 2010; Rydell- Karlsson, Edner, Henriksson, Mejhert, Persson, Grut & Billing 2005). Primärvårdens roll har utvidgats under de senaste två decennierna med tonvikt på att följa upp patienter med kronisk sjukdom. De flesta personer med kronisk hjärtsvikt kontrolleras i primärvården, hos distriktläkare eller hos specialistutbildad sjuksköterska (Lockhart, Foreman, Mase & Heisler, 2014; Baldonado, Dutra & Abriam- Yago, 2014).

Syftet med en hjärtsviktsmottagning är att erbjuda patient och anhöriga en optimal vård och stöd (Strömberg, 2005). Specialistsjuksköterskor har en viktig patientundervisande roll för att öka patientens kunskaper inom egenvård (Rydell-Karlsson et al., 2005). Målet med patientundervisning på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar är att stödja och öka patientens egenvårdsförmåga samt att leva ett normalt liv trots hjärtsviktens begränsningar i det dagliga livet (Strömberg, 2005).

Hjärtsviktens påverkan i det dagliga livet

Eftersom både den fysiska och mentala kapaciteten ofta är nedsatt i samband med sjukdomen upplever patienter med kronisk hjärtsvikt att de inte klarar av att upprätthålla ett tidigare socialt liv. Funktionsnedsättning som oftast beror på trötthet och andfåddhet leder till nedsatt ork vilket gör att patienter inte har tillräckligt med energi att umgås med familj och vänner (Hägglund, Boman & Lundman, 2008; Gary, 2006; Wayment Allen, Arslanian-Engoren & Lynch-Sauer, 2009; Barremo et al., 2008). Patienter med hjärtsvikt upplever även känslan att de är en börda för andra och väljer att hålla sig borta. Social isolering upplevs starkt (Ryan & Farelly, 2009; Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderman & van Veldhuisen, 2005).

Funktionsnedsättningen leder även till minskad självständighet, vilket kan leda till nedsatt självkänsla, känsla av otillräcklighet och värdelöshet (Ryan & Farelly, 2008; Brännström, Ekman, Norberg, Boman & Strandberg, 2006). Patienten med kronisk hjärtsvikt litar inte på sig själv och kan uppleva en känsla av att förlorad kontroll. Detta kan bidra till att patienten är i större beroendeställning än tidigare. Att förlora kontrollen kan leda till otrygghet i vardagen (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009).

Att leva med hjärtsvikt innebär en ständig kamp mot sin rädsla. Frukten för diagnosen hjärtsvikt, ökade funktionshinder som ger upphov till begränsningar i livet kan ses som skrämmande (Nordgren, Asp & Fagerberg, 2007; Ryan & Farelly, 2009). Patienter beskriver att de upplever rädsla för att dö som är kopplat till sjukdomens oförutsägbara natur (Nordgren et al, 2007). Frukten för att dö upplevs även när palliativ vård är rekommenderad (Brännström et al., 2006).

Egenvård vid hjärtsvikt

Enligt studien av Schenk- Gustavsson, Kanter och Mårtensson (2005) samt Strömberg (2005) kunde hälften av alla återinläggningar på sjukhus hos patienter med hjärtsvikt förebyggas. Återinläggningar hos hjärtsviktspatienter som beror på försämringar i tillståndet kunde undvikas med adekvat egenvård (ibid). Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare bedömt att patienten själv kan utföra (Socialstyrelsen, 2013). Egenvård beskrevs som en del av behandlingen och innebar följsamhet till medicinering, kost, motion, vätske-, salt- och alkoholrestriktioner,

rökstopp, monitorering av symtom samt kompletterande behandling (Bevihavas et al., 2010; Barremo et al., 2008). Det visade sig att de hjärtsviktspatienter som var delaktiga i sin egenvård och gick efter rekommenderad farmakologisk och icke farmakologisk behandling uppfattade högre grad av välmående, livskvalité och överlevnad än hjärtsviktspatienter som hade otillräcklig följsamhet till behandlingen (van der Wal, van Veldhuisen, Veeger, Rutten & Jaarsma, 2010).

Det fanns en del patienter som inte fick adekvat hjälp och stöd (Nordgren et al., 2007). Det var inte alltid hjärtsviktspatienter hade förståelse för vad egenvård innebar, enligt Lockhart et al. (2014). Omvårdnad vid hjärtsvikt var något som skulle kunna vara mer individualiserad betonar Nordgren et al. (2007) och Sundin et al. (2010). Det var en utmaning för sjuksköterskor att förstå och hitta sätt att hjälpa hjärtsviktspatienter att leva med sitt kroniska tillstånd (Ryan & Farelly, 2009).

Transitionsteori

Transition är en process och innebär en förändring eller övergång från ett tillstånd till ett annat. Transition pågår en tid och är på grund av att en förändring äger eller kommer att äga rum. Transition avser förändringar i hälsotillstånd, förväntningar eller förmågor och begär att patienten mottar ny kunskap, förändrar beteende samt förändrar bilden av sig själv i det sociala sammanhanget (Meleis, 2010).

Meleies definierar olika typer av transition och en hälso- och sjukdomsrelaterad transition är en av dem. Hälso- och sjukdomsrelaterade transitioner innebär en plötslig eller stegvis förändring att gå från frisk till sjuk eller från sjuk till frisk. Hur patienten förstår transitionen, förväntningar, kunskapsnivå och förmåga att möta transitionen kan påverka transitions utgång hos individen (ibid).

Sjuksköterskor möter patienter som genomgår transitioner. Det är av betydelse, enligt Meleis (2010) att se patienten i ett socialt sammanhang och inte bara som en enskild individ. Sjuksköterkans stöd i att skapa och främja en hälsosam transition är betydande. Det finns faktorer som påverkar att transitionen kan förväntas hälsosam och som är subjektivt välbefinnande, att vara bekväm i den nya situationen och att ha goda relationer till sina närstående (ibid).

Tidigare forskning

De patienterna som följs upp via hjärtsviktsmottagningar med specialistutbildade sjuksköterskor visade sig ha bättre kunskaper om sitt tillstånd och var mer motiverade till beteende- och livsstilsförändring än kontrollgruppen (Adib- Hajbaghery, Maghaminejad & Abbasi, 2013; Mårtensson et al., 2005; Gonzalez, Lupon, Herreros, Urrutia, Altimir, Coll, Prots & Valle, 2005). I Kutzled och Reiner (2006) studie framgick att de patienterna som gick hos specialistsjuksköterskan på hjärtsviktsmottagningen i öppenvården hade bättre egenvårdsförmåga och högre följsamhet till behandlingen än hjärtsviktpatienter som träffade sin kardiolog en gång i kvartalet. Det fanns studier (Strachan, 2014; Lockhart et al., 2014; Glimour, Strong, Chan, Hanna & Huntington, 2014; Baldonado et al., 2014) som utvärderade olika former av hjärtsviktsprogram, med fokusering på patientutbildning riktad mot egenvård och ökad följsamhet till behandling. I dessa studier framkom att ökad följsamhet till behandling och utövande av egenvård gav högre grad av välmående, livskvalité och överlevnad.

Problemformulering

Handläggning av patienter med hjärtsvikt på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar kan förbättra deras överlevnad såväl som livskvalité. Det finns riktade insatser för att öka kunskap hos hjärtsviktpatienter om hjärtsviktssymtom och öka följsamhet till behandling. Det finns fortfarande trots insatserna ett stort antal patienter med kronisk hjärtsvikt som har nedsatt välbefinnande och ett ökat lidande. Hjärtsviktpatienter är i stort behov av stöd i det dagliga livet. Ett upplevt behov av stöd från sjukvården finns. För att öka välbefinnandet och minska lidandet hos hjärtsviktpatienter kan det innebära att specialistsjuksköterskor på hjärtsviktsmottagningar behöver bli mer följsamma till patientens upplevelser och förutsättningar. Vilka faktorer patienter upplever har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar är fortfarande ett relativt outforskat område. För att kunna hjälpa patienter med kronisk hjärtsvikt är det viktigt att studera en förståelse för innebörden av sjukdom och se betydelsen av olika stöd från hjärtsviktsmottagningar utifrån patientens perspektiv.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Metod

Design

Syftet med studien är att undersöka vilka faktorer patienter upplever har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. För att på ett öppet sätt kunna fånga deltagarnas upplevelser av vilka faktorer som har betydelse utformades en induktiv intervjustudie med kvalitativ ansats. Intervjuer genomfördes med patienter som hade kronisk hjärtsviktdiagnos och gick regelbundet på hjärtsviktsmottagning på två vårdcentraler i Mellansverige.

Kvalitativ metod används ofta till omvårdnadsforskning och utbildning. Kvalitativ forskning där data är baserad på berättelser och observationer kräver förståelse och samarbete mellan deltagare och forskare (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet med en kvalitativ studie är att skapa förståelse för patienters erfarenheter, upplevelser, behov eller förväntningar. En kvalitativ forskning används vid önskan att få en fördjupad uppfattning om just det område studien redogör för (Friberg, 2012).

Kvalitativ ansats kan beskrivas som en sammanslagning av varierande datainsamlingsstrategier och är generellt en flexibel metod, där informationen kan justeras under datainsamlingen. Kvalitativa forskningsstudier skrider framåt och kan liknas som en cirkel där forskarna kontinuerligt undersöker och tolkar data och tar efter hand, allteftersom vad som upptäcks, beslut om i vilken riktning arbetet ska fortskrida (Polit & Beck, 2011).

Elo och Kyngäs (2008) beskriver innehållsanalys som en metod att analysera det tryckta, verbala och den visuella kommunikationen. Syftet med en innehållsanalys är att identifiera nyckelord. Problem för nya forskare är att hitta dessa nyckelord (Burnard, 1995). Graneheim och Lundman (2004) nämner flera författare med olika forskningstraditioner som använder sig av innehållsanalys (Berelson (1952);

Krippendorff, 1980; Findahl & Höijer, 1981; Woods & Catanzaro, 1988; Down-Wamboldt, 1992; Burnard, 1991, 1996; Polit & Hungler, 1999).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) tolkas verkligheten på olika sätt och en text involverar flera betydelser. En analys kan fokusera på det latent, dolda, innehållet och det manifesta, uppenbara. Det som beskriver det synliga i texten, vad texten säger, är det manifesta. Den underliggande meningen, är det latent (Friberg, 2013). En grundläggande fråga enligt Graneheim och Lundman (2004) är att avgöra om analysen bör inriktas på manifest eller latent innehåll. Både latent och manifest innehåll tolkas men tolkningarna varierar i abstraktionsnivå och djup.

De steg vilka ingår i studier med kvalitativ ansats är urval, datainsamling, data analys och tolkning av data (Polit & Beck, 2011; Graneheim & Lundman, 2004). Dataanalys innefattar att samla ihop de sammanhörande typer av berättande information i en sammanhängande ordning. Allteftersom analysen och tolkningen fortgår börjar forskaren att utforma teman och kategorier, vilka kan användas för att ge en beskrivning av fenomenet eller teorin.

Urval

Planen var att inkludera åtta till tio deltagare i studien. Ett strategiskt urval tillämpades i studien vilket innebär att alla individer som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut (Graneheim & Lundman, 2004). Urvalet skedde ur en grupp på tjugo patienter med kronisk hjärtsvikt som följdes upp med återbesök på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var patienter med huvuddiagnosen hjärtsvikt klass II- IV och att patienterna skulle vara så olika varandra som möjligt beträffande ålder, sammanboende eller ensamboende, yrkesarbetande eller pensionär, stadsbo, bo på landet och vara funktionshindrade för att få en så bred beskrivning av patienternas upplevelse. Patienterna skulle vara skriv- och läskunna i det svenska språket.

Exklusionskriterier var patienter med diagnostiserad demenssjukdom, svår depression och utvecklingsstörning.

Det identifierades åtta patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. Tolv patienter exkluderades från deltagande i studien på grund av att patienterna var bortresta, inneliggande på lasarett samt hade ett försämrat hälsotillstånd.

Deltagare

Informanterna var fem män och tre kvinnor i åldrarna mellan 60 och 96 år. Informanterna bodde på två olika tätorter i Mellansverige. Tre av informanterna var sammanboende med en partner medan de andra fem levde ensamma. Tre av informanterna bodde i närheten av sina barn på samma ort och en av deltagarna bodde tillsammans med sitt barn. Fem informanter bodde i en stad och tre bodde på landet. Informanterna hade haft diagnosen hjärtsvikt mellan ett till sju år. En av informanterna var yrkesaktiv på heltid, övriga sju var pensionärer.

Datainsamlingsmetod

En intervjuguide (bilaga 4) utformades utifrån studiens syfte och problemformulering (Polit & Beck, 2011) med sex öppna frågor avseende patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Genom att använda öppna frågor kan informanternas upplevelser komma fram och beskrivas. Följdfrågorna användes som ett hjälpmedel under intervjun för att få fylligare svar. Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer som är inriktade på ett ämne för att få informanterna att själva berätta om sina upplevelser.

Tillvägagångssätt

Kontakt togs med verksamhetschefen på två vårdcentraler i Mellansverige. Tillstånd om genomförandet av studien tillfrågades (bilaga 1). Efter skriftlig godkännande att genomföra studien kontaktades hjärtsviktsmottagningens specialistsjuksköterskor som fick information om studien både muntligt och skriftligt (bilaga 2). Specialistsjuksköterskor valde studiepopulationen via sin mottagningsjournal samt tillfrågade och informerade valda patienter både muntligt och skriftligt (bilaga 3). Patienterna ombads därefter att skicka svarsbrev med accepterande där de angav kontaktuppgifter. Vid erhållande av patienternas svarsbrev och skriftliga samtycke

(bilaga 5) kontaktades patienterna och ytterligare information om studien gavs. Tid och plats för intervjun bokades efter patienternas önskemål.

Före intervjuens start klargjordes studiens syfte och informanterna fick möjlighet att ställa frågor om studien. Intervjuerna genomfördes i en avskild miljö på vårdcentralen i ett mottagningsrum. Vårdpersonal informerades om att en intervju pågick för att undvika störande moment. Intervjuerna utgick från intervjuguiden och spelades in på telefon eller diktafon. Längden på intervjun varierade mellan 20 och 40 minuter och utfördes under november 2015. Författarna till studien intervjuade var för sig. Intervjuerna transkriberades ordagrant till en skriven text så snart som möjligt efter intervjun.

Dataanalys

För att kunna fånga patienternas upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på hjärtsviktsmottagning användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Ansatsen var induktiv vilket innebär att öppet ta emot informanternas berättelser om upplevelse av faktorer som har betydelse i vården på en hjärtsviktsmottagning. Kvalitativ innehållsanalys innebär att ett relativt omfattande material kunde kondenseras (ibid). Analysarbete påbörjades med att de inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant, vilket gav möjlighet att läsa de nedskrivna texterna flera gånger (ibid).

Studien analyseras enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa manifesta innehållsanalys. Den uppenbara innebörden i texten framkommer med den manifesta analysen. Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger för att få en känsla för helheten. De meningsbärande enheterna plockades därefter ut som motsvarade syftet. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna det vill säga att kärnan av innehållet kvarstår fast med mindre antal ord. De meningsbärande enheterna fick varsin kod som beskrev dess innehåll. Koder med liknande innehåll sammanfördes till subkategorier och subkategorier med liknande innehåll sammanfördes till kategorier (ibid).

Tabell 1. Analysarbetet

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Kod	Subkategori	Kategori
Nr 3...Fördelen är klart att det är samma folk som jobbar. Man vet vem man kommer att träffa och de känner ju mig med...	Personalen är väl förtrogen med patientens sjukdomsbild.	Samma personal som återkommer .	Kontinuiteten	En fungerande vårdrelation
Nr 7...Jag känner mig starkare när jag pratar med någon som vet det och förstår hur jag mår...	Patienter känner sig starkare efter samtal med kompetent och erfaren personal.	Personalen har kompetens och erfarenhet.	Tilltro till specialistsjuk-sköterska	En fungerande vårdrelation
Nr 5... Jag har det riktigt förklarat, inga obesvarade frågor...Jag känner mig väl informerad. Nr 2...Jag känner nu min kropp och vet vad jag ska göra...	Patienten erhåller alltid svar vid frågor. Patienten känner sin kropp och vet hur besvärliga symtom hanteras.	Bra information om sjukdom, mediciner och egenvård ges.	Anpassad information.	Information för att klara av egenvård.

Forskningsetiska överväganden

Ett forskningsetiskt förhållningssätt eftersträvades i denna studie. Omvårdnadsforskning som omfattar människor vägleds av en sammanställning av etiska krav, enligt Helsingforsdeklarationen (2008). Dessa etiska principer är principen om autonomi, principen om att göra gott, principen att inte skada och principen om rättvisa. Omvårdnadsforskning genomfördes på en sårbar grupp patienter som hade en kronisk hjärtsviktdiagnos. Det fanns etiska frågeställningar som aktualiserades i detta projekt. Information om studien och dess upplägg gavs till patienterna muntligt och skriftligt. Deltagandet i undersökningen var helt frivillig och kunde avbrytas när som helst utan närmare motivering. I denna studie togs hänsyn till möjlighet till självbestämmande och byggdes på individens fulla och informerade samtycke. Deltagarna i studien fick information om att om de inte önskade medverka i studien skulle detta inte ge några negativa konsekvenser för patienternas fortsatta kontakt med hälso- och sjukvården.

Alla informanter i studien förblev anonyma. Alla uppgifter behandlades strikt konfidentiellt. Det transkriberade datamaterialet förvarades inlåst så att ingen obehörig hade tillgång till materialet. Informanterna tillfrågades om tillstånd att använda deras citat i resultatet. Citat från intervjuerna redovisades utan inbördes ordning av intervjutillfällena. Inga personer kan identifieras i det färdiga examensarbetet.

Studien om patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar kan förhoppningsvis bidra med ny kunskap för att lindra lidande för patienter och underlätta specialistsjuksköterskornas arbete att hitta sätt att hjälpa patienter leva med sin kroniska sjukdom. Alla patienter har behandlats lika oavsett sociala skillnader med avseende på att utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras (Olsson & Sörensen, 2011).

Blankett för etisk egengranskning (Bilaga 6) av studentprojekt som involverar människor hade fyllts i av författarna vilket visade på att en etisk granskning behövdes göras. Författarna skickade in ansökan till forskningsetiska nämnden på Högskolan Dalarna som senare gav tillstånd till att studien fick genomföras (2015-11-10, HDa dnr C 2014/1845790). Skriftlig och muntlig information om studiens syfte gavs till enhetschefer, specialistsjuksköterskor och patienter.

Resultat

Informanterna var fem män och tre kvinnor i åldrarna mellan 60 och 96 år. Informanterna bodde på två olika tätorter i Mellansverige. De hade haft diagnosen hjärtsvikt mellan ett till sju år. Under intervjuerna med informanterna framkom flera olika upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. All vårdpersonal i resultatet benämns med den yrkeskategori som de har legitimation för. Resultatet presenteras i form av två kategorier och fem subkategorier (tabell 2). Studiens resultat förstärks med citat från informanterna som är numrerade från ett till åtta.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
En fungerande vårdrelation	Kontinuiteten Tillit till specialistsjuksköterska Samverkan med vårdpersonal Ett bekräftande bemötande Tillgänglighet vid behov
Får information för att klara av sin egenvård	Anpassad information

En fungerande vårdrelation

Denna del belyser informanternas upplevelse av vad en fungerande vårdrelation på en hjärtsviktsmottagning kan innebära. Kontinuiteten, tilltro till hjärtsviktsjuksköterska, samverkan med vårdpersonalen och ett bekräftande bemötande samt tillgänglighet vid behov är av betydelse för att kunna känna sig trygga och säkra i sin sjukdomssituation.

Kontinuiteten

I samband med specialistsjuksköterskebesök på hjärtsviktsmottagningen hade hjärtsviktspatienter kontakt med både sjuksköterskor och läkare. Det framkom i intervjuerna att det kunde variera vilka personer ur respektive personalgrupp som informanterna mötte. Informanterna beskrev att de inte hade något emot att möta ny personal, men det kunde vara svårt att behöva lära känna nya sjuksköterskor. Informanterna uttryckte en lättnad över att få möta samma specialistsjuksköterska och

läkare vid besöken på hjärtsviktsmottagningen. Kontinuitet av vårdpersonal på hjärtsviktsmottagningen kommenterades av informanterna som en trygghet och som ett stöd i deras sjukdom.

”Fördelen är klart att det är samma folk som jobbar. Man vet vem man kommer att träffa och de känner ju mig med...”
(Informant 3).

Informanterna beskrev att de kände sig lugna och säkra över vetskapen om att inte behöva börja om från början vid varje besök och därmed behöva upprepa sin hälsosituation. Informanterna kände en otrygghet över att annan vårdpersonal kanske inte hade kunskap om sjukdomen eller om dem som personer och att detta skulle kunna resultera i att de inte fick den vård som de behövde.

”Det känns tryggt att prata med sjuksköterska som känner mig och min sjukdom” (Informant 7).

Tillit till specialistsjuksköterska

Informanterna var eniga om att de kände sig stärkta av att prata med en kompetent och erfaren specialistsjuksköterska, som de hade förtroende för. Informanterna uppskattade ärlighet från specialistsjuksköterskan. Att hon inte undanhöll eller förfinade sanningen. Informanterna visste att specialistsköterskan hade tystnadsplikt och de kände att de kunde prata öppet om det mesta. Känslan av att någon brydde sig, lyssnade och ville ens bästa gjorde att känslan av tillit stärktes. Vetskapen om att kunna komma i kontakt med hjärtsviktssjuksköterskan när behovet fanns upplevdes som en stor trygghet och förtroende för vården.

”Jag känner mig starkare när jag pratar med någon som vet det och förstår hur jag mår” (Informant 7).

”Jag är alltid välkommen på mottagningen om jag känner oro för mitt hälsotillstånd och vill prata med hjärtsviktsköterska. Hon lyssnar på mig och säger som det är” (Informant 8)

Samverkan med personalen

Informanterna upplevde att samarbetet mellan hjärtsviktssjuksköterska på mottagningen och läkare på vårdcentralen samt hjärtsviktssjuksköterska och läkare på sjukhuset var bra. Informanterna förklarade att samarbetet kunde gälla uppföljning efter utskrivning från lasarett, receptförnyelse, insättning av en ny medicin, medicintitrering eller seponering.

”Om jag behöver nya mediciner...recept menar jag...så ringer jag bara till sköterskan och hon bara pratar med doktorn och...vips...så har jag dom” (Informant 1).

”Jag är nöjd med uppföljningen...” (Informant 5).

Informanterna beskrev en tillfredställande känsla av att ha allt under kontroll. Det framträdde i intervjuerna att informanterna hade en hjärtsviktssjuksköterska kopplad till deras hjärtsviktsvård som de kunde kontakta vid funderingar, frågor, receptförnyelse eller vid försämring i sitt hälsotillstånd. De berättade att de ringde vid behov till sjukvårdsupplysningen på vårdcentralen som sedan vidarebefordrade deras ärende till hjärtsviktssjuksköterska eller läkare. Informanterna uppgav att de hade kännedom och var säkra på att de får professionell hjälp och stöd på hjärtsviktsmottagningen i form av rådgivning, samtal eller läkarbesök.

”Hon håller mig i liv...” (Informant 6).

Informanterna upplevde hjärtsviktsmottagningen som en bra fungerande länk mellan hjärtsviktspatient och läkare.

”Det är svårt att få telefonkontakt med läkare samma dag, men jag vet att jag får hjälp om jag ringer till hjärtsviktsjuksköterska. Jag har faktiskt mer kontakt med sjuksköterska på hjärtsviktsmottagningen än med läkare” (Informant 7).

”Vad skulle jag ta vägen annars” (Informant 6).

Ett bekräftande bemötande

Informanterna var nöjda med bemötandet och vården överlag. Tanken inför att komma till hjärtsviktsmottagningen var positiva. Informanterna ansåg att det var fördelaktigt att ha kontroll på sina värden. Informanterna gav uttryck för att de kände sig sedda och hörda. Informanterna framhöll att det var ett stort stöd i sjukdomsprocessen att få känna sig bekräftad som människa i sin helhet och inte som en sjukdom. Bekräftelsen bestod inte endast av det fysiska utan även av det mentala och själsliga.

”... ser en som en människa och inte som en patient som alla andra” (Informant 4).

Det framkom i intervjuerna att det var viktigt för informanterna att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnade på dem. Informanterna hävdade att lyssna betydde att sjuksköterskan såg informanten som den enskilda patienten med sina önskemål, behov och erfarenhet. Det upplevdes som trygghetskänsla att få samtala och ta den tid som behövdes utan att känna stress.

”De lyssnar på vad jag har att säga och jag får ta den tid jag behöver...ingen stress...känns tryggt och är ett stöd för mig i min sjukdom” (Informant 3).

Tillgängligheten

Vad gällde tillgängligheten på hjärtsviktsmottagningen beskrevs den av informanterna positivt. Informanter som fortfarande var yrkesaktiva och hade minst erfarenhet av sin sjukdom ansåg att hjärtsviktsmottagningen kunde vara tillgänglig dygnet runt. Informanterna uppgav även att det skulle kunna resultera i att sjukresor till akutmottagningen på sjukhuset reduceras.

”Jag tycker att man ska få komma när man vill. Dom har ju öppet på avdelningen så varför skulle man inte kunna ha folk som jobbar dygnet runt på en mottagning också. Sen vet inte jag

hur många som skulle ha nytta av det men jag tycker att det skulle va bra” (Informant 3).

Får information för att klara av sin egenvård

Denna del belyser informanternas upplevelse av betydelse av information om sitt sjukdomstillstånd och symtom som kan uppträda samt kunskaper om egenvård.

Anpassad information

Informanterna ansåg att de var bra informerade om sin sjukdom, egenvård och behandling. Informanterna påstod att de fick bra förklaring om hur sjukdomen fungerade och om medicinerna.

”Jag har det riktigt förklarat, inga obesvarade frågor...Jag känner mig väl informerad” (Informant 5).

Informanterna påstod att råd om egenvård vid hjärtsvikt var tydlig och användbar. Vidare framkom att informanterna upplevde information om egenvård som kunskap att kunna hantera sitt sjukdomstillstånd och stöd i det dagliga livet. Känslan av att inte kunna utföra de vardagliga sysslorna på grund av nedsatt funktionell förmåga upplevdes svårt. Information gav förståelse för att egenvård är viktigt. Känslan av att kunna hjälpa sig själv när symtom hade uppstått gav en positiv inställning till att optimalisera sin egenvård och upprätthålla hälsan.

”Jag vet hur jag ska göra om jag går upp för mycket i vikt. Hur mycket jag ska dricka och för att tala om vad jag kan äta och inte äta” (Informant 1).

”Jag känner nu min kropp och vet vad jag ska göra när ... symtom uppstått. Man har ju inte orken och kraften som förr” (Informant 2).

Informanterna menade att känslan av att ha kunskap och kontroll över sitt sjukdomstillstånd var av betydelse för en trygghetskänsla.

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultaten

Resultatet visade att en fungerande vårdrelation med sjukvården som representerades av specialistsjuksköterska på hjärtsviktmottagningen samt information för att klara av sin egenvård var av betydelse för informanterna. En god vårdrelation beskrivs av informanterna i studien att den innehåller kontinuitet, tillit till specialistsjuksköterska, samarbete med vårdpersonal, ett bekräftande bemötande samt tillgänglighet vid behov. Informanterna kände sig trygga, säkra och lugna över vetskapen om att träffa samma personal och inte behöva upprepa sin livssituation. Kontinuiteten skapade en känsla av förtroende till specialistsjuksköterskan på hjärtsviktmottagningen. Samarbetet med vårdpersonalen upplevdes av informanterna som tillfredställande. Ett bra bemötande betydde för informanterna att bli sedda, hörda och bekräftade som en människa i sin helhet och inte bara som en sjukdom. Tillgängligheten på hjärtsviktmottagningen spelade en viktig roll för informanternas trygghetskänsla. Möjligheten att kontakta specialistsjuksköterska när behovet fanns upplevdes betydelsefull. Information om egenvård uppfattades av informanterna som viktigt och som ett stöd i det dagliga livet.

Resultatdiskussion

I studien valdes att diskutera de tre delarna av studieresultatet som var mest framträdande. I resultatdiskussionen diskuteras betydelsen av kontinuitet avseende vårdpersonal, tillit för vårdgivare samt information om egenvård.

Det framkom i studien att kontinuiteten på mottagningen var av betydelse för hjärtsviktpatienterna för att känna sig trygga. Patienterna upplevde lättnad över vetskapen om att möta samma specialistsjuksköterska på hjärtsviktmottagningen som kände patienten, dennes livssituation och sjukdomstillstånd. Detta stämmer överens med vad som framgick i andra studier (Christakis, 2003; Nutting, Goodwin, Flocke, Zyzanski & Stange, 2003) där det poängterades att patienter med kroniska sjukdomar som hjärtsvikt, diabetes, kroniska lungsjukdomar värderade betydelsen av kontinuitet högt. Denna grupp av patienter var beroende av varaktiga kontakter, ofta livslång. Ju större vårdbehov som patienter med kroniska sjukdomar hade desto större var behovet av kontinuiteten (ibid). Informanterna i denna studie hade långvariga relationer med

vården och uppskattade kontinuitet av vårdpersonal på hjärtsvikt-mottagningen avseende kännedom om deras sjukdomstillstånd och behov.

Begreppet kontinuiteten hade flera dimensioner (Saultz, 2003). En av dimensionerna är longitudinell eller kronologisk kontinuitet som innebär regelbundna patientbesök och vem patienten möter. I föreliggande studie framkom att just longitudinell kontinuitet skapade känslan av trygghet och säkerhet och var en viktig kvalitet i vården. Det framträdde i studieresultatet att kontinuiteten skapade förutsättningar för en säkrare vård och en ökad känsla av tillfredsställelse för informanterna. Upprepade besök hos samma specialistsjuksköterska resulterade i en givande relation. Det är samstämmigt med vad som betonades i Salisbury, Sampson, Ridd och Montgomery (2009) studie där det beskrevs att det värdefulla med kontinuiteten var att en känsla av tillit och förståelse byggdes upp mellan patienten och vårdgivaren. Detta bekräftade Saultz (2003) i sin studie där det beskrevs att longitudinell kontinuitet kan leda till interpersonell kontinuitet som innebär att en långvarig regelbundenhet mellan en vårdgivare och en patient leder till en vårdrelation som präglas av tillit och kunskap om varandras livssituation och person. Det framkom även i forskningen av Saultz och Lochner (2005) att förtroende och förståelse kan vara en orsak till att kontinuitet gav hög känsla av tillfredsställelse för patienter. Detta visar på att det är viktigt vid långvarig vårdrelation att ha kontinuitet för att patienter ska känna tillfredsställelse och tillit till vården. Detta kan ses som att kontinuitet inom omvårdnad är en grundförutsättning för att få en god vård av hög kvalitet.

Att leva med kronisk hjärtsvikt innebär oftast livslång kontakt med hälso- och sjukvården. Det är viktigt för hjärtsviktpatienter att uppleva kontinuiteten i dessa kontakter (Nutting et al., 2003). Det kan finnas organisatoriska faktorer som hindrar eller främjar kontinuitet. Dessa faktorer är viktiga att identifiera och kan påverka vårdresultat, utnyttjande av resurser och tillfredsställelse hos patienten (Salisbury et al., 2009). Detta kan anses som att avsaknad av kontinuitet kan leda till försämrade sjukvårdsresultat.

I föreliggande studie framkom att hjärtsviktpatienterna upplevde sjukdomssymtom med olika intensitet, som kan bero på att informanterna hade olika hjärtsviktsgrad.

Patienterna uttryckte att de kände sig trygga med sin egenvård genom att vara välinformerade. Detta stämmer överens med Ekman och Swedbergs (2007) forskning som bekräftade att en ökad trygghet och tillit över att kunna ha kontroll över sitt sjukdomstillstånd resulterade i symtomförbättring. Det visade sig i andra studier (McAlister, Stewart, Ferrua, McMuttay, 2004; Coleman, Smith, Frank, Min, Parry, Kramer, 2004) att välinformerade hjärtsviktpatienter har bättre följsamhet och en ökad förståelse för sin behandling. Enligt Lainscak, Blue, Clark, Dahlström Dickstein, Ekman, McDonagh, McMurray, Ryder, Steward, Strömberg och Jaarsma (2011) definierades egenvård vid hjärtsvikt som en viktig del av hjärtsviktsbehandling och en del av multidisciplinär vård. I föreliggande studie framkom att informanterna upplevde information om egenvård som en kunskap för att kunna hantera sitt sjukdomstillstånd och gav en positiv inställning till att optimalisera sin egenvård. Detta styrktes med det som framträdde i studien av Jovicic, Holroyd- Leduc och Straus (2006) att ökade kunskaper bidrog till att hjärtsviktpatienternas förmåga till egenvård förbättrades. Detta kan anses vara av betydelse för patienter med hjärtsvikt att ha kunskap om symtom och symtomutveckling vid försämring för bättre sjukvårdresultat i form av bättre förebyggande vård.

Specialistsjuksköterskor på hjärtsviktmottagningar utbildade patienter inom livsstilsområden, hur olika symtom kan hanteras, gav information om läkemedelsbehandling samt biverkning (Jovicic et. A., 2006; Strömberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. & Dahlstrom, U., 2001; Miranda, Gorski, LeFevre, Levac, Niederstadt & Toy, 2002). Behov med avseende på information om sjukdomstillstånd och egenvård kan tillgodoses på hjärtsviktmottagningar. I den föreliggande studien uppskattade hjärtsviktpatienterna att de var välinformerade om egenvård som underlättade hantering av det kliniska tillståndet samt skapades en känsla av trygghet. Behovet förefaller vara stort av utbildning och kunskap till hjärtsviktpatienter.

Meleis' transitionsteori bygger på en övergångsprocess och därför går att relatera till processen om egenvård. Begreppet transition beskrivs som en central del i sjuksköterskans arbete (Schumaner & Meleis, 1994). En hälsosam transition förutsätter en god vårdrelation mellan de personerna som involverade i transitionen. Planeringen är en viktig del i förändringen. Sjuksköterska kan tillsammans med

patienten planera egenvården efter förståelse för hur patienten värderar sin framtid (Schumacher & Meleis, 1994). Utifrån ett transitionsperspektiv kan integration av egenvård i det dagliga livet innebära att skapa kontroll över sin livssituation (ibid). I denna studie framkom att informanterna upplevde att det var betydelsefullt att ha kontroll över sitt sjukdomstillstånd. Sjuksköterskan kan genom att tillgodose kunskap, färdigheter och strategier underlätta att skapa kontroll. Detta kan bidra till att patienten känner sig förberedd om vad som kan förväntas i en transition. Enligt Meleis (2010) underlättar känslan av kontroll förändringen. Schumacher och Meleis (1994) menar att sjuksköterska har en viktig roll i mötet med personer som genomgår en transition och därmed patienter som befinner sig i en egenvårdsprocess. Föreliggande studie visar att varje berättelse om egenvård är unik och individuell. Planeringen av sin egenvård tillsammans med patient leder till ökad kontroll över sitt sjukdomstillstånd.

Metoddiskussion

Författarna hittade inga tidigare studier som belyser patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. De studier som finns publicerade belyser problemet från sjuksköterskans perspektiv och från patientens upplevelse av hjärtsvikt. Då inga studier har hittats gällande patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården de får på hjärtsviktsmottagningar var det angeläget att denna studie genomfördes. För att uppnå syftet med studien har en induktiv intervjustudie med kvalitativ ansats valts med semistrukturerade frågor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är denna metod lämplig för att få detaljrika och öppna svar från informanterna. En manifest kvalitativ innehållsanalys har använts för att lyfta fram informanternas upplevelser.

Författarna arbetar inom primärvården och genom den erfarenheten som författarna har finns en förförståelse om patienter med hjärtsvikt. Målet för designen av intervjuguiden var att undvika förutfattade meningar av informanternas hjärtsvikt och upplevelser. Enligt Polit & Beck (2011) kan förförståelse vara ett hinder i forskningsprocessen genom frånvaro av öppenhet inför informanternas berättelse. Författarna var öppna för både negativa och positiva upplevelser hos informanterna.

En intervjuguide utformades utifrån studiens syfte med sex öppna frågor avseende patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Enligt Polit & Beck (2011) stödjer en intervjuguide informanterna att prata fritt utifrån det valda ämnet. På hjärtsviktsmottagningar återfinns patienter i olika åldrar och med olika erfarenheter av hjärtsvikt varför författarna valde att ha kompletterande frågor för att så mycket information som möjligt skulle kunna komma fram. Flera av informanterna bad också om kompletterande och förtydligande frågor.

Specialistsjuksköterskan på hjärtsviktsmottagningen var nyckelpersonen vid urvalet och därmed påverkade inte författarna urvalet av informanter. Specialistsjuksköterskan valde vilka patienter som kunde tillfrågas utifrån inklusionskriterierna och därefter ombads informanterna att skicka svarsbrev med accepterade till författarna och därmed var deltagandet i studien frivilligt. Hjärtsviktsmottagningarna har funnits i flera år vilket gjorde att det fanns många patienter att tillgå. Samtliga tillfrågade patienter var positiva till att delta i studien och intervjuerna kunde genomföras. Intervjuerna skedde på den plats som informanterna önskade och de var positiva inför intervjun.

Urvalet bestod av tre kvinnor och fem män i olika åldrar från två olika tätorter i Mellansverige. Informanterna hade haft diagnosen hjärtsvikt olika länge. Målet för studien var att genomföra åtta till tio intervjuer. Fler intervjuer hade kunnat bidra till ett bredare resultat men då studien var begränsad i tid gjordes ett val att åtta intervjuer var tillräckligt. Vid dessa intervjuer framkom ett mönster bland informanterna då de hade liknande upplevelser av betydelse av vården från hjärtsviktsmottagningarna. Enligt Polit & Beck (2011) påverkas studiens trovärdighet av kvalitén i intervjuerna inte av antalet intervjuer.

Intervjuerna genomfördes av författarna var för sig. Ingen erfarenhet av att genomföra intervjuer fanns och det kan ses som en svaghet. Detta komparerades genom ha kompletterande frågor vid intervjutillfällena för att få så mycket information som möjligt. Samtalen med informanterna började med att tala lite mer vardagligt för att skapa ett avslappnat möte. Enligt Kvale & Brinkman (2014) är samtalets start viktigt för

att skapa goda förutsättningar för en avspänd intervju som då kan ge rikligt med material.

Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan en studies tillförlitlighet diskuteras utifrån begreppen pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet. Trovärdighet i en kvalitativ studie innebär att få förtroende för själva sanningshalten i studien. Författarna fick tillgång till ett representativt urval för att svara på syftet genom ett strategiskt urval och detta förstärkte studiens trovärdighet. Enligt Polit & Beck (2011) förstärks trovärdigheten genom ett strategiskt urval då urvalet blir representativt. Författarna beskrev tillvägagångssättet ingående och gick under analysprocessen tillbaka kontinuerligt till den transkriberade texten vilket förstärker studiens trovärdighet. För att förstärka studiens trovärdighet användes citat från samtliga informanter. Enligt Graneheim och Lundman (2004) förstärks trovärdigheten med citat. Studiens pålitlighet handlar om hur författarna framställer och behandlar datamaterialet i studien (ibid.). Verkligheten tolkas på olika sätt och en text involverar flera betydelser. I en text finns alltid en grad av tolkning vilket är viktigt att beakta när tillförlitligheten diskuteras av de fynd som görs i en kvalitativ innehållsanalys (ibid.). Intervjuerna transkriberades i direkt anslutning till intervjuerna. Studiens överförbarhet handlar enligt Polit & Beck (2011) om möjlighet finns till att resultatet kan överföras till en annan kontext. Läsaren kan själv avgöra överförbarheten genom beskrivning av urvalet.

Slutsats

Vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar är betydelsefull för patienters trygghet. Det förefaller viktigt att få veta vem hjärtsviktspatienterna ska kontakta vid behov av stöd och hjälp för att hantera sin situation. Kontinuitet på hjärtsviktsmottagningar skapar tillit till vårdpersonalen. Samverkan mellan olika yrkeskategorier, ett bekräftande bemötande samt god information om egenvård resulterar till positiva effekter för vårdtagarna. Kontinuitet leder till känsla av tillit och trygghet hos hjärtsviktspatienter. Information om egenvård och kunskap om sjukdomen är en del av hjärtsviktsbehandlingen. Att informera mer om betydelsen av den icke farmakologiska behandlingen vid patientbesöken på hjärtsviktsmottagningar kan bidra till förbättrad egenvård och livsstilsförändringar. Det är av betydelse för patienters trygghetskänsla att planera sin egenvård tillsammans med vårdgivaren.

Studiens kliniska betydelse

Genom att ta tillvara på den kunskap som erhålls om patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda mottagningar kan det få betydelse för framtida hälsoprocesser och patientens välbefinnande. Denna studie har endast utförts på ett litet antal individer. Författarna är väl medvetna om att denna studie inte representerar alla hjärtsviktpatienter i Sverige som går på en hjärtsviktsmottagning.

Förslag till vidare forskning

Inga tidigare studier har hittats som belyser patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Denna studie belyser endast ett litet antal patienters upplevelser. Vidare forskning på ett större antal patienter för att få ett mer generaliserat resultat av patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Vidare forskning kan även göras mer specifikt på ålder, kön, hjärtsviktsklass, ensamboende, parboende, bo på landet, stadsbo och funktionshindrade. Forskningen att undersöka effekterna av kontinuitet och hur kontinuitet kan förbättras, underhållas och implementeras i vårdverksamhet kan bli av intresse. En studie om upplevelse av att planera sin egenvård utifrån patientens perspektiv är ett annat förslag till vidare forskning.

Referenslista

Adib- Hajbaghery, M., Maghaminejad, F., & Abbasi, A. (2013). The Role of Continuous Care in Reducing Readmission for Patients with Heart Failure. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 255-267.

Agvall, B. (2010). Hjärtsvikt. Hedin, K., & Löndal, M. (Red.), *Allmänläkarpraktikant. Hjärt- och kärlsjukdomar* (s. 53-72). Stockholm: Liber.

Baldonato, A., Dutra, D., & Abriam- Yago, K. (2014). Model for heart failure education. *Dimensions of Critical Care Nursing* 33(5), 280-4.

Barremo, A,-S., Bruce, E. Salander, M., & Sundin, K. (2008). Personers upplevelse av att leva med hjärtsvikt - Systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden*, 28(3), 34-38.

Bevihavas, V., Newton, P.J., Yun Du, H., Macdonald, P., Frost, S., Stewart, S., & Davidsson, P. (2010). Australias health care reform agenda: Implications for the nurses role in chronic heart failure management. *Australian Critical Care*, 24, 189-197.

Brännström, M., Ekman, I., Norberg, A., Boman, K., & Strandberg, G. (2006). Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 295-302.

Burnard, P. (1995). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.

Burstrom, M., Boman, K., Brandstrom., & Strandberg, G. (2011). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 816-825.

Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across setting: the care transitions intervention. *Journal of the American geriatrics society*, 52 (11), 1817-25.

Christakis, D.A. (2003). Continuity of care: Process or outcome? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 131-133.

Dahlström, U. (2010). Hjärtsvikt. U. Dahlström, L. Jonasson, F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin* (ss.233-258). Stockholm: Liber AB.

Dahlström, U., & Strömberg, A. (2005) Riktlinjer för farmakologisk och icke farmakologisk behandling. I A. Strömberg (Red.), *Vård vid hjärtsvikt* (ss. 39- 64). Lund: Studentlitteratur.

Dekker, R. L., Peden, A. R., Lennie, T. A., Schooler, M. P., & Moser, D. K. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 310- 318.

Ekman, I., & Swedberg, K. (2007). Patients' persistence of evidence- based treatment of chronic heart failure: a treatment paradox. *Circulation*, 116 (7), 693-5.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Gary, R. (2006). Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart & Lung*, 35(1), 9-19.

Gary, R., & Davis, L. (2008). Diastolic heart failure. *Heart Lung*, 37: 405-416.

Gilmour, J., Strong, A., Chan, H., Hanna, S., & Huntington, A. (2014) Primary health care nurses and heart failure education: a survey. *Journal Primary Health Care*, 1; 6 (3), 229-37.

Gonzalez, B., Lupon, J., Herreros, J., Urrutia, A., Altimir, S., Coll, R., Prots, M., & Valle, V. (2005). Patient's education by nurse. What we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 107-111.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helsingforsdeklarationen. (2008). WMA. *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad den 4 oktober 2015 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Jovicic, A., Holroyd- Leduc, J.M., & Straus S. E. (2006). Effects of self- management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*, doi: 10.1186/1471-2261-6-43.

Kutzleb, J., & Reiner, D. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of the Nurse Practitioner*, 18, 116-123.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 290-295.

Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I., McDonagh, T., McMurray, J. J., Ryder, M., Stewart, S., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2011). Self- care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care committee of the heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2), 115-126.

Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients experiences of self- management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung*, 43 (4), 292-8.

Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & van Veldhuisen, D.J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.

Madsen, B-K. (2011). Hjärtsvikt. Schenk- Gustafsson, K.(Red.), *Kvinnohjärtan – hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 209-227). Lund: Studentlitteratur.

Martensson, J., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Karlsson, J.-E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: effect of nurse- led intervention on health- related quality of live and depression. *The European Journal of Heart Failure*, 7; 393- 403

McAlister, F.A., Stewart, S., Terrua, S., & McMurray, J.J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *Journal of the American college of cardiology*, 44(4), 810-819

Meleis, A. I. (2010). Theoretical development of transitions. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (ss. 13-51) New York: Springer Pub.

Miranda, M. B., Gorski, L. A., LeFevre, J. G., Levac, K. A., Niederstadt, J. A., & Toy, A. L. (2002). An evidence- based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum. *Journal of nursing care quality*, 17 (1), 1-14.

Mårtensson, J. (2012). Vård av patienter med hjärtsvikt. I B. Frilund., D. Malm & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (ss 79-108). Lund: Studentlitteratur.

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Living with moderate- severe Chronic Heart Failure as a Middle Aged Person. *Qualitative Health Research*, 17; 1: 4-13.

Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Strange, K.C. (2003). Continuity of primary care: To whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*, 1 (3), 149-55.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen. *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Pruitt, A.L. (2008). Heart Failure: It's not just for men. *Critical care nursing clinics of North America*, 20, 327-341.

Ryan, M., & Farelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 223-231.

Rydell-Karlsson, M., Edner, M., Henriksson, P., Mejhert, M., Persson, P., Grut, M., & Billing, E. (2005). A nurse -based management program in heart failure patients affects to females and persons with congestive dysfunction most. *Patient Education and Conseling*, 58, 146-153.

Salisbury, C., Sampson, F., Ridd, M., & Montgomery, A. (2009). How should continuity of care in primary health care be assessed? *British Journal of General Practice*, 59 (561), 134- 141.

Saultz, J. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1 (3), 134-43.

Saultz, J., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-66.

Schenk- Gustavsson, K. (2011). *Det brustna kvinnohjärtat*. Stockholm: Prisma.

Schenk- Gustavsson, K., Kanter, T., & Mårtensson, J. (2011-2012). Hjärtsvikt. I *Läkemedelsboken 2011-2012* (s.302- 313). Stockholm: Läkemedelsverket.

Schumacher, K. L., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing, *Image the journal of nursing scholarship*, 26 (2), 119-27.

Socialstyrelsen. (2013). *Bedömningen av om en hälso-och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 2015-10-17 från

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013maj/nyttmeddelandebladomegenvard>

Strachan, P. H. (2014). Managing heart failure in the long-term care setting: nurses' experiences in Ontario, Canada. *Nursing research*, 5, 357-365.

Stromberg, A., Martensson, J. J., Fridlund, B. & Dahlstrom, U. (2001). Nurse- led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 3 (1): 139-44.

Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Sundin, K., Bruce, E., & Barremo, A. S. (2010). Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal Qualitative Studies on Health Well-being*, 5, 5064.

van der Wal, M. H., van Veldhuisen, D. J., Veeger, N. J., Rutten, F. H., & Jaarsma, T. (2010). Compliance with nonpharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal*, 31, 1486-1493.

Vasko, P., Jonsson, Å., Dahlström, U., Hovland Tänneryd, A., & Eriksson, B. (2014). Årsrapport RiksSvikt: 2013 års resultat. Hämtad 2015-10-17 från

http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/om-rikssvikt/arsrapporter/doc_download/85-2013-arsrapport-final.pdf

Wayment Allen, J., Arslanian- Engoren, C., & Lynch- Sauer, J. (2009). The lived experience of middle-aged women with New York heart association class III heart failure: A pilot study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(3), 96-101.

Wikström, G (2014). *Hjärtsvikt: Fysiologi, diagnostic, behandling och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, G., Akroyd, K., & Burke, L. (2010). Evaluation of the transitional care model in chronic heart failure. *British Journal of Nursing*, 19 (22), 402-410.

World Heart Failure Society (2012) *European Statistics*. Hämtat 2015-10- 17 från <http://www.worldheartfailure.org>

Ågren, S., Evangelista, L.S., Davidson, T., & Strömberg, A. (2013). Cost- effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heart failure and their partners. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2347-2353

Bilagor:

Bilaga 1.

Information om studien patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Du tillfrågas härmed om tillstånd att genomföra denna undersökning. Syftet med denna studie är att undersöka patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Med mer kunskap om just detta kan det underlätta för specialistsjuksköterskornas att hitta ett sätt att hjälpa patienter leva med kronisk sjukdom. I undersökningsgruppen ingår 8-10 patienter med hjärtsvikt klass II-IV och går på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Patienterna ska vara så olika varandra som möjligt beträffande ålder, sammanboende, ensamboende, arbete, pensionär och funktionshindrade för att få en så bred beskrivning av patienternas upplevelse. Patienter med diagnostiserad demenssjukdom väljs bort. Om du medger tillstånd önskar vi att du väljer ut en specialistsjuksköterska som väljer ut patienter till studien enligt ovanstående kriterier. Patienternas medverkan behandlas konfidentiellt och de informeras om att de kan avbryta sitt deltagande när som helst. Intervjun som beräknas ta ca 45 minuter kommer att spelas in så all information kommer med. Inga namn kommer att nämnas i intervjun. Allt material kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av det. När examensarbetet är klart och godkänt kommer allt material att makuleras. Inga utomstående kan ta del av insamlat material och inga personer kan identifieras i det färdiga examensarbetet. Personuppgiftslagen (PuL) har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. Denna studie bygger på informerat samtycke enligt Personuppgiftslagen.

Möjlighet att ta del av examensarbete finns senare om så önskas.

Ytterligare upplysning kan lämnas av nedanstående ansvariga:

Andersson Olga v09olgan@du.se 070- 238 17 96 Student, Leg. Sjuksköterska

Strand Marianne h14mstra@du.se 070- 206 83 87 Student, Leg. Sjuksköterska

From Ingrid ifr@du.se 023- 77 84 82Handledare, Lektor

Bilaga 2.

Information om studien patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Syftet med denna intervjustudie och examensarbete är att undersöka patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Du tillfrågas härmed om du skulle kunna hjälpa oss med att fråga och informera 5 patienter om de kan tänka sig att vara med i denna studie. Med kunskap om just detta kan det underlätta för specialistsjuksköterskornas att hitta ett sätt att hjälpa patienter leva med kronisk sjukdom. I undersökningsgruppen ingår 8-10 patienter med hjärtsvikt klass II-IV och går på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Vi vänder oss till dig eftersom du arbetar på hjärtsviktsmottagningen. Patienterna ska vara så olika varandra som möjligt beträffande ålder, sammanboende, ensamboende, arbete, pensionär och funktionshindrade för att få en så bred beskrivning av patienternas upplevelse. Patienter med diagnostiserad demenssjukdom väljs bort. Uppgifterna från de deltagande patienterna behandlas konfidentiellt och de får information om att de närsomhelst kan avbryta sitt deltagande utan inverkan på den fortsatta vården.

Intervjun som beräknas ta ca 45 minuter kommer att spelas in så att all information kommer med. Inga namn kommer att nämnas i intervjun. Allt material kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av det. När examensarbetet är klart och godkänt kommer allt material att makuleras. Inga utomstående kan ta del av insamlat material och inga personer kan identifieras i det färdiga examensarbetet. Personuppgiftslagen (PuL) har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. Denna studie bygger på informerat samtycke enligt Personuppgiftslagen.

Möjlighet att ta del av examensarbetet finns senare om så önskas.

Ytterligare upplysning kan lämnas av nedanstående ansvariga

Andersson Olga v09olgan@du.se 070- 238 17 96 Student, Leg. Sjuksköterska

Strand Marianne h14mstra@du.se 070- 206 83 87 Student, Leg. Sjuksköterska

From Ingrid ifr@du.se 023- 77 84 82Handledare, Lektor

Bilaga 3.

Informationsbrev om studien patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning. Syftet med denna studie är att undersöka patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Med mer kunskap om just kan det underlätta för specialistsjuksköterskornas att hitta ett sätt att hjälpa patienter leva med kronisk sjukdom. I undersökningsgruppen ingår åtta-tio patienter som har hjärtsvikt och går på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Vi vänder oss till dig eftersom du har hjärtsvikt och att du går på en hjärtsviktsmottagning. Om du accepterar deltagande kommer du att bli intervjuad ca 45 minuter. Dag, tid och plats för intervjun bestäms tillsammans med dig när kontakt tas per telefon. Möjlighet till att ta del av det färdiga examensarbetet senare finns om så önskas.

Intervjun kommer att spelas in så att all information kommer med. Inga namn kommer att nämnas i det färdiga examensarbetet. Allt material kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av det. När uppsatsen är klar och godkänd kommer allt material att makuleras. Inga utomstående kan ta del av insamlat material och inga personer kan identifieras i det färdiga examensarbetet.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Vården av dig är densamma vare sig du medverkar i studien eller inte. Personuppgiftslagen (PuL) har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. Denna studie bygger på informerat samtycke enligt Personuppgiftslagen.

Undersökningen kommer att presenteras i form av ett examensarbete på magisternivå vid Högskolan Dalarna i Falun.

Ytterligare upplysning lämnas av nedanstående ansvariga:

Andersson Olga v09olgan@du.se 070-238 17 96 Student, Leg. Sjuksköterska

Strand Marianne h14mstra@du.se 070-206 83 87 Student, Leg. Sjuksköterska

From Ingrid ifr@du.se 023-77 84 82 Handledare, Lekto

Bilaga 4.

Intervjuguide:

1. Beskriv vilket stöd du upplever att du får på mottagningen
2. Beskriv hur du blir mottagen på dessa mottagningar
3. Beskriv vilken nytta har du av samtalen som sker på dessa mottagningar
4. Vilka nackdelar kan du se med att gå på dessa mottagningar
5. Vilka fördelar kan du se med att gå på dessa mottagningar
6. Om du fick ändra på något när det gäller dessa mottagningar, vad skulle du ändra på då

Allmänna fölfrågor:

Hur ser du på...?

Vad innebär detta för dig...?

Hur tänker du om detta...?

Hur ser du på...?

På vilket sätt...?

Kan du ge ett exempel...?

Bilaga 5.

Samtycke:

Samtyckesformulär:

Jag har tagit del av information som delgivits mig angående denna studie patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsvikt-mottagningar. Jag skickar detta undertecknade formulär om att jag accepterar delta i studien i ett förfrankerat svarskuvert som jag har fått. Jag är medveten om att när som helst jag önskar och utan att behöva meddela orsak kan avbryta deltagandet.

Signatur informant

Namnförtydligande

Tel nummer.....

Ort/datum.....

Bilaga 6.

Etisk egengranskning

Projekttitel: Patienters upplevelse av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Studenter: Marianne Strand & Olga Andersson

Handledare: Ingrid From

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?	X		
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? (Fastställt av Forskningsetiska nämnden 2008-10-23)			X

Bilaga 7

Författardeklaration

Uppsattitel: Patienters upplevelser av vilka faktorer som har betydelse i vården på specialistsjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar.

Samtliga författare till uppsatsen bekräftar att hon/han har bidragit konkret i förberedelsearbete och utformning av uppsatsen.

Påskrift av varje författare krävs för vart och ett av nedanstående moment.

Deklaration av medverkan i individuella moment i examensarbetet.	Namnteckning
1. Bidragit till formulering av forskningsproblem, syfte och frågeställningar.	Olga Andersson Marianne Strand
2. Bidragit till planering och genomförande av metod så att forskningsfrågan kan besvaras.	Olga Andersson Marianne Strand
3. Medverkat i materialinsamling och analys.	Olga Andersson Marianne Strand
4. Bidragit till presentation, tolkning och diskussion av resultatet.	Olga Andersson Marianne Strand