



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **SAMMA MEN OLIKA**

**- Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter drabbade av Takotsubo Kardiomyopati**

**Johanna Larsson**

**Sofia Svensson**

---

Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad 15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet medicinsk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Linda Berg

Titel (svensk):	Samma men olika – Sjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med Takotsubo kardiomyopati
Titel (engelsk):	Same but different – nurses experiences of caring for patientens suffering from Takotsubo cardiomyopathy
Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad 15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet medicinsk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Linda Berg
Nyckelord:	Takotsubo kardiomyopati, erfarenheter, patienter, sjuksköterskor, vårda, osäkerhet

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Takotsubo Kardiomyopati (TK) är en för många en okänd diagnos. Den ställdes för första gången år 1990 i Japan och första svenska fallet dokumenterades år 2005.

Bakomliggande orsak till sjukdomen är inte helt fastställd men ett samband ses mellan stress och TK. I nuläget finns inga riktlinjer för vården av dessa patienter. Sjuksköterskans ska arbeta efter riktlinjer och evidens men när detta inte finns kan arbetet påverkas negativt. För att kunna ge god vård behövs en relation skapas mellan sjuksköterska och patient men för att göra det krävs kunskap och erfarenhet.

**Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter drabbade av Takotsubo Kardiomyopati.

**Metod:** Kvalitativ intervjustudie med åtta stycken sjuksköterskor. Data analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med stöd av Graneheim och Lundman.

**Resultat:** De erfarenheter sjuksköterskorna berättade om handlade om upplevelsen av patienten, deras känslor i mötet med patienten och på hur bristen av riktlinjer påverkar deras vårdande. Genomgående jämfördes patienter med TK med de drabbade av akut koronart syndrom (AKS). Det övergripande temat blev 'Samma men olika' med kategorierna 'En utsatt patient', 'Ge Stöd' och 'Känsla av osäkerhet'.

**Slutsats:** Resultatet visar på sjuksköterskornas osäkerhet inför vården av patienter drabbade av TK. Att ta del av kollegors erfarenheter kan öka tryggheten hos sjuksköterskan vilket kan leda till en bättre patientvård.

**Nyckelord:** Takotsubo kardiomyopati, erfarenheter, patienter, sjuksköterskor, vårda, osäkerhet, trygghet.

## Abstract

**Background:** Takotsubo Cardiomyopathy (TK) is in the general population an unknown diagnosis. The first case of TK was first reported in Japan in 1990 and the first Swedish case reported in 2005. The cause of TK is yet to be determined but there seems to be a relation between stress and the diagnosis. There are no guidelines for the care of patients suffering from TK. Nurses are supposed to care for a patient according to current guidelines and research, but when there are none it can have negative effects. To be able to give the patient a care of high quality a relationship between the nurse and the patient must be established. But to be able to establish a relationship the nurse must be in possession of knowledge and experience.

**Purpose:** To describe nurses' experiences of caring for patients suffering from Takotsubo Cardiomyopathy.

**Methods:** Qualitative interviews with eight nurses were held. The data was analysed using qualitative content analysis with help of the method of Graneheim & Lundman.

**Results:** The experiences the nurses, caring for patients suffering from TK, talked about were their view of the patient, their own emotions in caring for the patient and how the lack of guidelines affected their care of the patient. Throughout the interviews the comparing of patients suffering from TK and the patients suffering from acute coronary syndrome (AKS) was a common thread. The general theme that emerged was "Same but different" with the categories 'A vulnerable patient', 'Providing support' and 'A feeling of uncertainty'.

**Conclusion:** The results show that nurses feel an uncertainty in caring for patients suffering of TK. To be able to take part of other nurses' experiences can create a feeling of security and thus the nurses might be able to give the patients a better care.

**Keywords:** Takotsubo cardiomyopathy, experiences, patients, nurses, caring, uncertainty, security.

## Förord

Vi vill tacka vår handledare Åsa Axelsson för hennes stöd och handledning genom vårt arbete. Vi vill tacka våra arbetskamrater, alla kategorier, för ert engagemang och stöd. Ett extra tack till våra deltagare som gav av sin tid för att bli intervjuade. Vi vill även tacka våra familjer och vänner.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Insjuknande och patologi.....	2
Epidemiologi.....	2
Behandling.....	3
Patienters upplevelse av TK och de som vårdar dem.....	3
Att vårda.....	3
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	6
Deltagare.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Miljö.....	7
Dataanalys.....	7
Etiska övervägande.....	7
Resultat.....	9
Samma men olika.....	9
En utsatt patient.....	9
Drabbad.....	9
Stressad.....	10
Ge stöd.....	10
Ge trygghet.....	10
Tvärprofessionellt stöd.....	11
Känsla av osäkerhet.....	11
Avsaknad av riktlinjer.....	12
Okunskap.....	12
Inkonsekvent information.....	13
Otilräcklighet.....	13
Diskussion.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion.....	18

Referenslista.....	19
--------------------	----

## Bilagor

Bilaga 1. Brev till verksamhetschef

Bilaga 2. Forskningspersonsinformation

Bilaga 3. Skriftliga frågor inför intervjun

Bilaga 4. Intervjufrågorna

Bilaga 5. Analysschema

## Inledning

Takotsubo kardiomyopati (TK) beskrevs första gången i Japan i början på 90-talet. Namnet kommer utav att hjärtat får samma form som en japansk bläckfiskfälla som kallas för Takotsubo (Manfredini et al., 2010). I Sverige diagnostiserades den första patienten med TK år 2005 i Göteborg på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Sjukdomen har länge bedömts som relativt godartad men senare forskning visar på en likvärdig 30-dagars mortalitet som en icke ST-höjningsingsinfarkt (non-STEMI, (non- ST-elevation myocardial infarction)) (Redfors et al., 2015). Den bakomliggande patologin till sjukdomen är inte fastställd men någon form av stressande händelse, fysisk eller psykisk, ses i många fall i samband med insjuknandet (Coupez et al., 2014).

Sjuksköterska är en legitimerad profession med omvårdnad som specialitet. För att kunna ge god vård behövs en relation mellan sjuksköterska och patient som kan hindras av brist på kunskap. I nuläget finns inga riktlinjer kring vården av patienter med TK, vare sig svenska eller internationella. Vad detta innebär för vården av dessa patienter är i nuläget okänt.

## Bakgrund

TK är en ovanlig form av akut hjärtsvikt. Diagnosen kan förvilla då den initialt ger samma symtom som AKS med symtom som bröstsmärta, dyspné, EKG-förändringar och läckage av troponiner. Vid angiografier av hjärtats kranskärl ses rena kärl eller icke signifikanta stenoser och när ett ultraljud av hjärtat genomförs ses den speciella form hjärtat får vid TK (Redfors et al., 2015). För diagnosticering av TK finns flera diagnoskriterier utarbetade där amerikanska Mayoklinikens kriterier ofta nämns i artiklar. I Sverige har Göteborgskriterierna utarbetats (se figur 1.) (Redfors et al., 2015). Skillnaden mellan Mayoklinikens diagnoskriterier och Göteborgskriterierna är små. I Mayoklinikens kriterier ingår att vänsterkammaren ska ha ett normalt fyllnadstryck och att patienten ska ha en avsaknad av feokromocytom jämfört med Göteborgskriterierna. Vilket av kriterierna som är mest tillförlitlig framgår inte (Templin et al., 2015; Redfors et al., 2015).

(figur 1.)

Göteborgskriterierna för diagnosticering av TK
· Potentiell reversibel hypokinesi, akinesi eller dyskinesi i vänster kammare och ofta men inte alltid en stressutlösande faktor (psykisk eller fysisk)
· Frånvaro av annat patologiskt tillstånd som ex ischemi, tackykardi, myokardit eller toxisk skada som mer troligen skulle förklara den lokala skadan
· Ingen eller låg förhöjning av troponiner (en oproportionerlig låg förhöjning i relation till dysfunktionen i myokardiet)
· Normalt eller nästan normalt fyllnadstryck i vänster kammare
· Låg eller nästan normal perifer vaskulär resistens och normal eller nästan normal cardiac output

Författarnas översättning efter Redfors et al. (2015).

## Insjuknande och patologi

TK är en form av akut vänsterkammarsvikt som klassiskt uppstår efter någon form av psykisk eller fysisk (sjukdom, operation, aktivitet) stress. Denna vänsterkammarsvikt kan i värsta fall leda till exempelvis kardiogen chock, allvarliga arytmier, lungödem och död (Schneider et al., 2013). Vänsterkammaren återhämtar sig oftast spontant och återfår sin normala kontraktilitet, median tiden för återhämtning är 21 dagar enligt Wittstein et al., (2005).

Vilken stress som är vanligast vid insjuknandet varierar i olika studier. I Templins et al. (2015) studie, där 1750 patienter deltar är psykisk stress (28 %) mindre vanligt än fysisk stress (36 %) vid insjuknandet och det är 28,5 % som inte har någon stressande händelse alls att härleda till. Schneider et al. (2013), där 324 patienter deltog, rapporterar en något högre grad av psykisk stress (38 %) men en lägre grad av både fysisk stress (30 %) och ingen stressande händelse alls (24 %). I båda studierna har 8-9 % upplevt både fysisk och psykisk stress vid insjuknandet.

Bakomliggande patologin till TK är i nuläget okänd (Redfors, Ali, Shao, Lundgren, Gan & Omerovic, 2014). Vid insjuknande är det ofta, men inte alltid, som det föreligger någon form av stressande händelse (Templin et al., 2015), vilket tidigare nämnts. Patienterna har även förhöjda nivåer av katekolaminer i blodet, två till tre gånger högre än patienter med AKS (Wittstein et al., 2005). I en studie där katekolaminer injicerades fick studiepersonerna symtom som bröstsmärta, cirkulatorisk svikt samt det karakteristiska TK-utseendet vid ultraljudsundersökning (Arbraham, Mudd Kapur, Klein, Champion & Wittstein, 2009).

## Epidemiologi

Antalet svenskar som drabbas av TK årligen är inte känt. Vid sökning i Socialstyrelsens databas (2015) går diagnosen TK inte att särskilja från övriga ovanliga hjärtsjukdomar. Enligt kvalitetsregistret SWEDEHEART har incidensen av TK i Västra Götalandsregionen ökat med 30 % bland de patienter som genomgått koronarangiografi 2005-2012 ( $n=15348$ ), från 0,16 % 2005 till 2,2 % 2012 (Redfors et al., 2015).

Majoriteten av de som drabbas av TK är kvinnor, 84-90 %, vilket flera registerstudier visar (Templin et al., 2015; Minhas et al., 2015; Redfors et al., 2015). Diagnosen är vanligast i åldrarna 65-84 år (Minhas et al., 2015), det vill säga hos kvinnor som genomgått menopaus (Núñez Gil et al., 2015). De som insjuknar i TK är i genomsnitt ett år yngre vid insjuknandet jämfört med patienter med ST-höjningsinfarkt (STEMI) och non-STEMI (Redfors et al., 2015). Utav den lilla grupp män som drabbas är prognosen sämre då är mer benägna vid insjuknandet att få kardiogen chock vilket kräver intensivvård (Schneider et al., 2013).

Då den bakomliggande patologin inte är fastställd är riskfaktorer inte klarlagda. Det ses att de som drabbas av TK till stor del bär på de riskfaktorer som traditionellt ses vid hjärt-kärlsjukdom som t.ex. hereditet, hypertension, hyperlipidemi, rökning, psykisk stress och inaktivitet (Redfors et al., 2015; Coupeuz et al., 2014; Schultz et al., 2012). Orsaken till varför kvinnor drabbas mer än män är inte fastställd men då majoriteten av kvinnorna som drabbas har genomgått menopaus misstänks låga östrogennivåer vara en riskfaktor (Minhas et al.,



2015). Jämfört med de som drabbas av AKS så finns det en högre grad av neurologiska och psykiatriska sjukdomar bland patienter drabbade av TK (Templin et al., 2015).

Trettio-dagars mortaliteten hos de som drabbats av TK är likvärdig med de som drabbats av non-STEMI, 4 %. Prognosen över lång tid är likvärdig med STEMI och non-STEMI (Redfors et al., 2015). Mortaliteten under sjukhusvård är 2-5% (Lyon et al., 2015).

## Behandling

Majoriteten av patienter med TK erhåller initialt medicinsk behandling enligt riktlinjer för AKS då symtomen vid det akuta insjuknandet är identiska (Schultz et al., 2012). När diagnosen TK är ställd saknas riktlinjer för läkemedelsbehandling, uppföljning och rehabilitering. Utan fullständiga vetenskapliga belägg får majoriteten av patienterna stå kvar på den insatta medicineringsen för AKS med betablockad, ACE-hämmare alternativt angiotensinreceptorblockerare (ARB), acetylsalicylsyra (ASA) samt statiner (Redfors et al., 2015).

## Patienters upplevelse av TK och de som vårdar dem

Få artiklar behandlar TK ur ett omvårdnadsperspektiv. Nedan följer en kort sammanfattning av de två artiklar med detta perspektiv som hittats.

Wallström, Ulin, Määttä, Omerovic & Ekman (2015) har i sin studie intervjuat patienter drabbade av TK angående deras upplevelse av stress. Informanterna i studien uppgav att de under lång tid upplevt stress av låg intensitet men inte någon traumatisk eller stark stress. De kände sig utslitna men hade inte bett om hjälp med sin situation. Flertalet levde med någon form av stress i familjen antingen att de levde i en dålig relation eller var i konflikt med en familjemedlem. Informanterna upplevde att de vill skydda och hjälpa andra och hade bekymmer om andra familjemedlemmar. Känslor av stort ansvar, hjälplöshet i sin livssituation, orättvisa och ouppskattning var centrala hos deltagarna.

Dahlviken, Fridlund & Mathisen (2015) har intervjuat kvinnor som insjuknat i TK. Vid insjuknandet beskriver patienterna varierande och diffusa symtom vilket gjorde att de avvaktade med att kontakta sjukvården. De försökte själva lindra sina symtom med smärtstillande, ångstdämpande, vila eller träning innan de sökte vård. När de väl kom i kontakt med vården beskrev kvinnorna att de hade stort förtroende för vårdpersonalen. De upplevde att vårdpersonalen var omtänksam, vårdande, tillförlitlig och kunnig. Dock upplevdes en osäkerhet inför att bli överflyttad till lokala och mindre sjukhus. Vårdpersonalens kunskap om TK påverkade starkt tilliten till den vård de fick.

## Att vårda

Att vårda är i grunden att bry sig om någon och är något som ska genomsyra sjuksköterskans arbete (Liu, 2014). Den vård sjuksköterskan ger är en professionell vård och syftar till att hjälpa en patient både fysiskt och psykiskt (Landers, Weathers & McCarthy, 2014).

Sjuksköterskans vårdande av patienten skiljer sig inte från andra yrkeskategorier inom sjukvården då sjuksköterskans vårdhandlingar utgår från någon form av åtgärd/behandling av symtom eller sjukdom. Sjuksköterskan måste i sitt vårdande kunna se när det finns ett behov av en annan yrkeskategoris insatser och kunna samordna dessa (Nortvedt, 2002). Detta ställer krav på att sjuksköterskan har kunskaper inom andra ämnen som exempelvis medicinsk vetenskap och kan kombinera dessa med sina egna vårdkunskaper för att kunna utföra sitt arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Sjuksköterska är en legitimerad profession där omvårdnad är specialitet och ansvarsområde. Inom omvårdnaden är god patientinformation av vikt och för att kunna ge den behöver sjuksköterskan kunskap och evidensbaserade riktlinjer (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

För att god vård ska kunna ges måste en relation mellan sjuksköterska och patient skapas enligt Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Travelbee menar att interaktionen mellan sjuksköterska och patient måste förstås för att kunna lägga grunden till omvårdnad. Teorins fokus ligger på erfarenheter och upplevelser. Hon menar också att varje människa och dennas upplevelser är unika. Mellanmännslighet mellan patient och sjuksköterska är att förstå varandra (Travelbee, 1971).

Den mellanmännsliga relationen kan bara finnas mellan två människor och inte i de roller som antas, patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan ska se till hela människan och inte till den enskilda diagnosen. Det är patientens upplevelse och inte sjuksköterskans bedömning som är av betydelse. Sjuksköterskan måste bortse från sin förutfattade mening om en viss diagnos och se patienten bakom diagnosen för att möjliggöra skapandet av en relation. Det är viktigt att inte skilja på de psykologiska och fysiologiska dimensionerna hos en människa. Genom självinsikt, kunskap och förståelse för andra människor kan sjuksköterskan använda sig själv i ett vårdande syfte genom kommunikation (Travelbee, 1971).

## Problemformulering

TK är en form av akut hjärtsvikt. Majoriteten av de som insjuknar är kvinnor som genomgått menopaus. Patofysiologin bakom diagnosen är inte klarlagd dock ses ett samband med någon form av stressande händelse strax innan insjuknandet och en förhöjd nivå av katekolaminer i blodet. Initialt har patienter med TK samma symtom som patienter med AKS och får därför samma behandling i det akuta skedet. Diagnosen kan först ställas efter att ultraljud på hjärtat visat det specifika utseendet som vid TK och att koronarangiografi utesluter signifikanta stenoser. Hjärtat återhämtar sig spontant inom några veckor och diagnosen sågs tidigare som godartad men senare forskning visar en mortalitet som vid non-STEMI. En specifik behandling för TK finns inte i nuläget.

Vid genomgång av SBU:s och Socialstyrelsens databaser hittas ingen information om TK. Svenska kardiologiföreningen har inte publicerat riktlinjer vilket inte heller European Society of Cardiology har. Genom sökningar i databaserna Cinhal och PubMed ses en begränsad mängd av omvårdnadsforskning kring TK. Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med TK på hjärtavdelning finns inte vetenskapligt beskrivet vilket skulle kunna påverka denna patientgrupp negativt.

Sjuksköterskors kunskapsnivå påverkar patientvården då en högre kunskapsnivå ger patienten

en tryggare vård. Det skapar en otrygghet bland patienterna om vårdpersonalen förmedlar en osäkerhet och brist på kunskap. Travelbee menar att en förutsättning för god vård är att kunna skapa en mellanmänsklig relation med patienten. För att kunna skapa relationen måste sjuksköterskan ha självinsikt om sina kunskaper, erfarenheter och begränsningar. Att ta del av andra sjuksköterskors erfarenheter och kunskap kan leda till att sjuksköterskan känner en ökad trygghet vilket i sin tur kan leda till en bättre vård för de patienter som drabbats av TK.

## Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter drabbade av Takotsubo Kardiomyopati.

## Metod

Den kvalitativa intervjun vill beskriva ett fenomen med ord och inte med statistik, där varje människas upplevelse är viktig och inte generaliserbar (Kvale & Brinkmann, 2014; Trost, 2010). Dalen (2015) beskriver att målet med en intervju är att få fram information som beskriver andra människors upplevelser av situationer i deras liv. Kvalitativ intervju är en bra metod för att få ta del av informanternas unika erfarenheter, känslor och tankar. Denna uppsats avser att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda en specifik patientgrupp och därför ter sig den kvalitativa intervjun som en lämplig metod.

## Deltagare

Intervjuerna ägde rum på hjärtavdelningar på två länssjukhus inom Västra Götaland. Deltagarna var sjuksköterskor. Deltagarantalet var åtta stycken där alla var kvinnor. Åldersspannet låg på 23-55 år med medelålder på 36,7 år. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterska varierade från ett och ett halvt år till 31 år vilket gav ett medelvärde på 12,6 år. Alla deltagare var vid tillfället för intervjuerna anställda på en hjärtavdelning.

## Urval

Information angående studien gick ut till verksamhetschefer genom ett brev (se bilaga 1.) och till sjuksköterskegruppen på två avdelningar på arbetsplatsträff (APT) och morgonmöte muntligt. Skriftlig information lämnades på anslagstavla och i postfack. De som var intresserade av att delta fick anmäla sitt intresse, vissa gjorde det skriftligen andra muntligen. Antalet som visade sitt intresse att delta var totalt 15 stycken sjuksköterskor. Deltagarna valdes sedan utifrån två kriterier. Första kriteriet var att de skulle ha vårdat en patient med diagnosen TK de sista två åren, vilket är grundläggande för studien. Andra kriteriet inkluderade tre olika grader av arbetslivserfarenhet; kort (1-3 år), medel (3-10 år) och lång (10 år-). Olika arbetslivserfarenheten lägger grund för en erfarenhetsbredd vilket eftersträvas i kvalitativa studier (Polit & Beck, 2012). Ur varje kategori av de som visat sitt intresse för att delta eftersöktes två deltagare, totalt sex stycken. Kvalitativa studier har generellt små deltagargrupper och icke-slumpmässigt utvalda deltagare (Polit & Beck, 2012; Trost, 2010). Föll mer än två deltagare in på respektive kategori gjordes ett slumpmässigt urval mellan dessa i form av lottning. Sex stycken deltagare eftersöktes initialt men eftersom osäkerhet uppstod om materialet var tillräckligt innehållsrikt gjordes ytterligare två intervjuer, sammanlagt åtta intervjuer. De två deltagare som tillkom lottades fram bland de resterande sjuksköterskor som anmält intresse att delta.

## Datainsamling

Forskningspersonsinformation (FPI) (se bilaga 2) delades ut till de som anmält intresse. Kvalitativa intervjuer med åtta deltagare genomfördes. Innan intervjuerna fick deltagarna svara på två skriftliga frågor angående ålder och arbetslivserfarenhet (se bilaga 3). Tre öppna frågor ställdes under intervjuerna (se bilaga 4). Intervjuerna spelades in på diktafon och tog

mellan 5-14 minuter, medellängd åtta minuter och 30 sekunder. Intervjuerna gjordes på respektive students hemavdelning.

## Miljö

Deltagarna fick själva välja tid och plats för genomförandet av intervjuerna. Sju deltagare valde att bli intervjuade i anslutning till avdelningarna och en deltagare blev intervjuad i hemmet. Två deltagare valde att bli intervjuade på sin fritid och resterande under arbetstid. Intervjuerna gjordes enskilt, endast deltagare och intervjuare fanns i rummet.

## Dataanalys

Kvalitativa intervjuer ger oftast ett generöst material och ställer därför höga krav på analysen (Trost, 2010). Kvalitativ innehållsanalys är en god metod då materialet är begränsat och där en djupare tolkning av materialet vill göras (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet i denna uppsats har analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys efter Graneheim och Lundman (2004).

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom av den som utförde intervjun och blev sedan transkriberad av densamme. De som genomfört intervjuerna lyssnade sedan igenom och läste varandras intervjuer. Texten lästes sedan igenom flertalet gånger för att få en helhetskänsla och kunna finna meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna samlades i en tabell och kondenserades för att sedan bli till koder. Koderna i sin tur grupperades med de som hade liknande innebörd och kategorier och subkategorier identifierades.

Exempel ur analystabellen (figur 2.)

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori
<i>Mycket att man fokuserar på att det är viktigt att patient får informationen att detta oftast blir så mycket bättre det här</i>	Information till patient att det blir bättre.	Positiv patientinformation	Ge trygghet
<i>Kommer jag ihåg så väl för det var så mycket som hade hänt och det var så synd om henne.</i>	Mycket hänt patienten, det var synd om henne.	Tycker synd om pat	Drabbad
<i>Vi har inga direkta riktlinjer för handläggandet vilket är förvirrande</i>	Inga riktlinjer, det är förvirrande.	Förvirrande utan riktlinjer	Avsaknande av riktlinjer

## Etiska övervägande

Forskning ska etikprövas men då denna studie är ett examensarbete på högskola säger lagen om etikprövning (SFS 2003:460) att forskning som utförs inom ramen av högskoleutbildning

inte behöver etikprövas. Högskolelagen (SFS 1992:1434) anger att forskning fritt får publiceras samt att forskningsproblem och forskningsmetoder fritt får väljas och utvecklas.

Innan en studie påbörjas ska nyttan vägas mot de risker som studiedeltagarna kan utsättas för, en risk/nytta-analys bör upprättas. I denna analys ska kostnader (ekonomiska, fysiska, psykiska eller sociala) vägas mot varandra men även mot nyttan studien kan ha för samhället och/eller studiepersonen (Polit & Beck, 2012).

I detta examensarbete har sjuksköterskor intervjuats av personer som var deras kollegor på deras arbetsplats. Detta medförde en del överväganden utformning av risk-/nyttaanalys och FPI. Det fanns risk för att studiedeltagarna kunde känna sig tvingade att delta i studien då de var kollegor och de kunde känna skuld om de inte deltog. Detta var självklart svårt att undvika men genom information om studien och tydlighet om att studenterna i denna situation inte var kollegor var förhoppningen att dessa känslor inte skulle uppstå. Det fanns även en omvänd risk att utsättas för känslor av tacksamhetsskuld till deltagarna.

Studien har godkänts av verksamhetschefer men det kunde finnas en risk att det blev en konflikt mellan arbetsgivare och studien då det kunde inkräkta på arbetstid eller att brister i arbetsrutiner kunde framkomma. För att undvika ekonomiska kostnader kunde, om deltagaren ville, intervjuerna utföras på arbetstid. Deltagaren har fått välja plats och när intervjun skulle genomföras. Eftersom studien utfördes på studenternas arbetsplatser och att endast ett fåtal personer blev intervjuade kunde det ha funnits en risk för att de som inte valdes ut till att delta i studien kunde känna sig kränkta. Detta undveks förhoppningsvis genom tydlig information om urval och metod både muntligt och skriftligt.

Nyttan ansågs vara att för deltagarna få möjlighet att berätta om sina erfarenheter och låta kollegor ta del utav dem samt att belysa ett outforskat område.

Deltagarna ska inte utsättas för integritetskränkning och därför ska materialet förvaras på plats där inga obehöriga har tillgång till det (Polit & Beck, 2012). Materialet i denna studie har förvarats på detta sätt och materialet har inte diskuterats på respektive enheter innan det sammanställdes.

# Resultat

## Samma men olika

Det övergripande temat som identifierades var *Samma men olika* då alla sjuksköterskor jämförde TK med AKS. Tre kategorier identifierades: *En utsatt patient*, *Ge Stöd* och *Känsla av osäkerhet* (se bilaga 5).

Att vårda patienter som drabbats av TK upplevdes av sjuksköterskorna som samma men ändå olika jämfört med patienter med AKS. Jämförelse mellan patienter drabbade av TK och AKS var en röd tråd genom intervjuerna. Sjuksköterskorna beskriver hur de möter en utsatt patient som är i behov av stöd och hos sjuksköterskan väcker en känsla av osäkerhet.

## En utsatt patient

Att vårda en patient drabbad av TK var att möta en patient som var utsatt. Den var utsatt i sjukvården då det inte fanns några utarbetade riktlinjer och det var en utsatt patient då det ofta var en människa som levde i en stressad psykosocial situation. En patient utsatt i dubbel bemärkelse.

## *Drabbad*

För att ha en grund till att kunna vårda patienten på bästa sätt var den bakomliggande orsaken en central reflektion, det fanns en förhoppning att kunna förstå varför patienten drabbats av TK. Sjuksköterskorna berättade om patienter som innan insjuknandet hade varit med om någon stark emotionell händelse eller psykisk påfrestning. Det kunde handla om patienter som varit med om förlust av nära anhöriga eller patienter som varit utsatta för stark rädsla. Rädsla för att en nära anhörig hastigt blivit drabbad av sjukdom eller varit nära att förolyckas. Insjuknandet, vilket beskrevs som hastigt uppkomna bröstsmärtor, kunde ha skett i direkt anslutning till händelsen men inte alltid.

*”... spontant vad är det som hänt före, vad är det för rädsla eller händelse eller känsla som har föregått vad är det som har gjort att det blivit så här.”*

Den patient som sjuksköterskorna såg framför sig var i många fall en nedstämd och/eller stressad kvinna. Ingen av sjuksköterskorna kunde minnas att de vårdat en man med TK.

*”... jag tänker mig en stressad kvinna eller en trasig kvinna som varit med om något hemskt.”*

Patienterna beskrevs som oroliga, chockade, nedstämda och spända. Det kunde varit en patient som på avdelningen mest låg i sängen och var svår att komma nära. Det kunde även

varit en patient som efter insjuknandet hamnat i en livskris då diagnosen blev ytterligare en negativ livshändelse i en redan påfrestad livssituation. Patientens psykiska återhämtning ansågs vara utdragen i jämförelse med den fysiska återhämtningen som kunde ses redan under den inneliggande vården.

*” ... för den spänning som fanns, alltså du vet riktig fiolsträng så där va. Ungefär redo för flykt...”*

Det fanns en känsla av att patienterna hade haft otur att de insjuknat. TK upplevdes vara en diagnos som kunde uppkomma oförberett då det inte fanns några kända riskfaktorer, det fanns inget patienterna kunde göra för att förebygga insjuknandet. Här ställdes patienterna i relation till de patienter drabbade av AKS där riskfaktorer för insjuknandet var kända och där patienterna ofta uppvisade livsstilsfaktorer som kunde ha påverkat insjuknandet. Därför upplevdes patienter med TK vara en patientgrupp som det var synd om, de kunde inte ha påverkat att de drabbats av sin sjukdom. Sjuksköterskorna tyckte även synd om patienterna då det kunde varit människor som redan drabbats hårt i livet och nu utöver detta även drabbats av TK.

*”... det var så mycket som hade hänt och det var så synd om henne.”*

### **Stressad**

Stress sågs hos sjuksköterskorna som den utlösande faktorn till insjuknandet. Stress var i många fall synonymt med TK för dem. Stressen hos de patienter som sjuksköterskorna hade vårdat var av olika karaktär. Det kunde ha varit en akut stress, som en konflikt, där insjuknandet kom i direkt eller i nära anslutning med händelsen. Det kunde även varit en långvarig stress med exempelvis en pressad arbetssituation eller sociala bekymmer innan insjuknandet. Sjuksköterskorna berättade att de inte alltid visste vad för sorts stress patienten hade varit utsatt för men de trodde att stress ändå var orsaken till insjuknandet. Psykisk stress verkade alltid finnas hos dessa patienter.

*”Det som jag tänker när jag hör att en patient som har haft en takotsubo då tänker jag nog stress.”*

### **Ge stöd**

I vården av denna utsatta patientgrupp fanns en stark vilja hos sjuksköterskorna att ge patienterna extra stöd och hjälp till trygghet.

### **Ge trygghet**

Det fanns en önskan att i vården ge patienterna trygghet då patienterna sågs som en utsatt grupp där det kunde finnas en svår händelse bakom sjukdomen. Diagnosen ansågs vara okänd och komplicerad men trots detta ville sjuksköterskorna ge patienterna trygghet och god vård.



Att som sjuksköterska inte använda ordval som kunde skrämma patienten nämndes också som en del i att skapa en trygghet för patienten.

I vården av patienten med TK betonades vikten av att vara lyhörd och att ge patienten tid, att som sjuksköterska kunna sätta sig ned vid patientens sängkant och samtala. Samtala för att skapa lugn och trygghet, inte i primära syftet att ge information.

*”... man måste ta sig tid och lyssna det är viktigt att finnas där och stötta och prata om de vill det.”*

Uppfattningen var dock att alla patienter inte ville prata och då måste sjuksköterskan respektera patientens integritet och inte tränga sig på och tvinga fram samtal.

Sjuksköterskorna uppfattade TK som ett övergående tillstånd vilket de upplevde som positivt. Just detta positiva kring diagnosen, att det går tillbaka av sig själv och att den har en god prognos, var något som sjuksköterskorna ville förmedla till patienterna. Att kunna ge positiv information sågs som en del i att lugna patienten som kunde vara orolig av att ha drabbats av en sjukdom som den var obekant med. Att det för patienten kunde vara en okänd diagnos ingav sjuksköterskorna en känsla av att den information de förmedlade hade stor påverkan på patienten och därför ville de kunna ge information som gav trygghet.

*”... de här förändringarna på ditt hjärta försvinner och det ska se bra ut om några månader.”*

### *Tvårprofessionellt stöd*

Att kartlägga patientens sociala liv för att undersöka om den utlösande faktorn till TK kunde finnas där var viktigt för sjuksköterskorna. För att kunna stödja patienten på bästa sätt betonades vikten av att söka hjälp tvårprofessionellt. De ville erbjuda samtalshjälp i form av kuratorskontakt till patienterna och då gärna i ett tidigt skede. Till skillnad från patienter med AKS tedde sig patienter med TK vara i ett större behov av psykosocialt stöd då de ofta hade en svår situation eller händelse bakom sig. Det kunde hända att det var svårt att få tag i den yrkeskategori som eftersöktes. Detta kunde vara en brist gällande den tvårprofessionella vården då det förhindrade sjuksköterskorna att förmedla stöd.

*”... vad som kanske ligger bakom det hela, hur patienten har det hemma, om det finns något man kan hjälpa till med, koppla in kurator i tidigt skede...”*

### **Känsla av osäkerhet**

TK upplevdes inte höra till vardagen på avdelningarna. Det fanns inga riktlinjer utarbetade för vård och behandling av dessa patienter vilket skapade en osäkerhet och upplevd okunskap.

### *Avsaknad av riktlinjer*

Genom intervjuerna jämförde sjuksköterskorna frekvent vården av patienter med TK och de med AKS. Patienter med AKS var något sjuksköterskorna var vana vid att möta och vården kring dessa kändes trygg. Patienter med TK var däremot ovanliga att möta och där avsaknaden av riktlinjer och utarbetade rutiner kunde skapa förvirring. Sjuksköterskorna berättade att patienter med TK och de med AKS vid insjuknandet hade identiska symtom. Behandlingen gjordes enligt gällande riktlinjer för AKS fram till att rätt diagnos ställdes. När diagnosen TK hade blivit fastställd skapades det mycket tankar hos sjuksköterskorna, att TK var något avvikande och att de patienterna hade andra behov än de med AKS. Sjuksköterskorna ville dock kunna erbjuda patienterna god vård.

Avsaknad av riktlinjer kunde leda till att den medicinska behandlingen blev inkonsekvent då de läkemedel som sattes in kunde vara varierande och bedömdes från fall till fall. Denna otydlighet skapade en osäkerhet bland sjuksköterskorna, det var inte som det brukade vara. När behandlingen var oklar blev det svårt för sjuksköterskorna att informera patienten om syftet med den insatta behandlingen och hur framtida behandling skulle komma att bli.

*”... läkarna är lite oense om hur vi ska medicinera dem, nån sätter in och nån sätter inte in och då vet man inte vad man ska säga till den patienten.”*

I uppföljningen av patienten var avsaknad av riktlinjer tydlig. Sjuksköterskorna berättade att de inte visste när återbesök var lämpligt för patienten eller om patienten skulle få någon uppföljning. Det kunde finnas en risk att patienterna inte fångades upp efter utskrivning utan föll mellan stolarna. Hos de sjuksköterskor som själva gav uppföljning efter utskrivning ansågs det svårt att informera och stötta patienten när det inte fanns några riktlinjer för behandlingen att stödja sig på. Det fanns en vilja att kunna erbjuda lika väl fungerande eftervård som ges till patienter drabbade av AKS.

### *Okunskap*

Sjuksköterskorna hade minnen från de flesta patienter med TK som de vårdat vilket speglade det begränsade antal de vårdat. TK upplevdes vara en ny diagnos som ställs allt oftare inom hjärtsjukvården.

Sjuksköterskorna upplevde att de saknade kunskap, de kände att de inte visste vad sjukdomen berodde på vilket gjorde att de kände sig okunniga. Denna upplevda okunskap skapade en känsla av osäkerhet i vården av patienten. Att bemöta en patients oro och rädsla för återinsjuknande lyftes som särskilt svårt när känslan av okunskap fanns. Denna osäkerhet kunde skapa situationer där handlingar som sjuksköterskan själv vanligen utförde lämnades över till någon de upplevde hade större kunskap som exempelvis en läkare.

Sjuksköterskorna berättade att det inte bara tedde sig vara de som grupp som var osäkra inför denna patientgrupp utan det var något som fanns inom de övriga arbetskategorierna på avdelningarna. Utifrån sjuksköterskornas perspektiv tedde sig även läkarna vara osäkra i

vården av dessa patienter. Denna osäkerhet ledde till en inkonsekvent behandling mellan patienterna och det tedde sig, liksom för sjuksköterskorna, vara bristen på fakta och riktlinjer som skapade denna känsla. Inkonsekvens i behandling och osäkerhet inom en annan arbetskategori påverkade och försvårade sjuksköterskornas vård av patienten.

*”... och när man pratade med läkaren på rondan också att de inte riktigt heller visste så man blev så där villrådig.”*

### *Inkonsekvent information*

Att ge information till patienten med TK upplevdes av sjuksköterskorna vara svårt och de drog paralleller till den trygghet de känner när de informerar en patient med AKS. Patienten med TK uppfattades vara mer känslig och mer beroende av vilken information som gavs jämfört med patienten med AKS.

*”Men om det är någon med takotsubo då kanske jag undviker att säga så mycket...”*

Det fanns en känsla att i informationssituationen inte riktigt veta vad som skulle sägas. Situationen upplevdes svår och sjuksköterskorna såg det som att patienten med TK oftast fick en otillräcklig, otillfredsställande, varierad och inkonsekvent information. Informationen som gavs berodde på sjuksköterskans egna erfarenheter och kunskaper istället för utarbetade riktlinjer. Detta var gällande för alla arbets kategorier på avdelningen; läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Denna inkonsekvens kunde påverka patienten negativt. Felaktig information, otydligheten och problemet med att TK förväxlades med AKS kunde skapa ett misstroende mot sjukvården hos patienten.

### *Otillräcklighet*

Mötet i vården med dessa patienter och deras behov skapade en osäkerhet jämfört med att möta patienter med AKS. Trots osäkerheten i vården av patienterna fanns en önskan att bemöta patienternas behov men när det inte lyckades kunde känslor av otillräcklighet uppstå.

*”... det kändes som att hon var så i behov av att få ha någon trygghet eller någon annan som kunde säga hur det skulle va, stilla oron på något vis och så kunde man inte det. Så verkligen otillräcklig, det är inte som det brukar va.”*

Trots sjuksköterskornas känslor av osäkerhet och otillräcklighet i omhändertagandet av patienten ville de ändå kunna ge patienterna trygghet och en god vård efter bästa förmåga.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Den kvalitativa ansatsen valdes för detta examensarbete då syftet var att undersöka en människas erfarenhet av ett fenomen i det här fallet sjuksköterskors erfarenheter att vårda patienter med en ovanlig diagnos. Den kvalitativa metod som sedan användes var enskilda intervjuer med öppna frågor. Den kvalitativa intervjun är en god metod för att fånga erfarenheter och känslor. Vidare är kvalitativ ansats till stor hjälp när ett relativt outforskat område ska undersökas (Kvale & Brinkmann, 2014).

Inför planerandet av examenarbetets upplägg diskuterades det var intervjuerna skulle äga rum och hur olika sjukhus skulle påverka det material som framkom. Troligtvis hade svaren varit annorlunda från ett universitetssjukhus där forskning bedrivs. Det bedömdes dock att detta skulle kräva en del resor som var för tidskrävande inom ramen för examensarbetet. Beslutet togs därför att intervjua på de egna avdelningarna. I risk/nytta-analysen gjordes reflektioner över problemen med att göra intervjuer på den befintliga arbetsplatsen men nyttan bedömdes vara större än risken.

Deltagarna var åtta kvinnliga sjuksköterskor med varierad arbetslivserfarenhet. Att endast kvinnor deltog var utifrån personalgrupperna på berörda avdelningar inte oväntat då endast ett fåtal män arbetar på dessa avdelningar. Möjligen kan det vara en svaghet att inte ha manliga deltagare då det inte ger en helt sann bild av sjukvården och därför blir resultatet mindre generaliserbart. Deltagarantalet var åtta stycken och ett större antal deltagare hade kunnat ge en ökad tillförlitlighet till resultatet. Intervjuer ska göras tills datamättnad uppstår (Polit & Beck, 2012) men tiden som var uppsatt räckte inte till för ett större antal intervjuer.

Urvalet av deltagare gjordes inom sjuksköterskegrupperna på två hjärtavdelningar i Västra götalandregionen vilket tedde sig vara relevanta grupper utifrån syftet. Förfrågan om deltagande gick ut i grupperna och kriterier för att fånga lämpliga deltagare gjordes. Att urvalet gjordes inom de egna arbetsgrupperna kan ha påverkat negativt då det kan ha skapat känslor av tvång att delta eller känslor av att bli förbigången om de inte tillfrågats. Det kan ha funnits personer som inte valde att delta på grund av en tidigare relation till intervjuaren.

Data samlades in genom intervjuer med sjuksköterskor. Den som intervjuar ska idealiskt vara neutral och inte ha någon påverkan på den som blir intervjuad (Polit & Beck, 2012). Att vara neutral var utifrån tidigare relation omöjligt. Det diskuterades att intervjua på varandras avdelningar för att inte ha en direkt relation men tidsbegränsningen gjorde att det valdes bort.

En aspekt som hindrade var studenternas ovana i rollen som intervjuare. Genom att intervjua personer kända för intervjuaren var förhoppningen att det skulle skapa en trygghet och därigenom höja kvaliteten. En annan förhoppning var att deltagarna lättare skulle öppna upp sig angående tankar och erfarenheter inför en känd person men effekten kan lika väl ha varit den motsatta. Det finns hos människan en omedveten önskan om att förmedla en positiv bild av sig själv och det är något intervjuaren bör ha med sig (Polit & Beck, 2012). Möjligen förstärktes denna effekt under intervjuerna på grund av den tidigare relationen.

Intervjuerna blev något kortare än förväntat, ovanan att formulera frågor och att intervjua var troligen en betydande faktor. Trots detta bedömdes materialet vara innehållsrikt och relevant. Deltagarna i intervjuerna svarade på frågorna som ställdes och gav ingen ovidkommande information utan det som framkom var relevant.

Intervjuerna ägde rum på de platser som deltagarna själva valde, det blev olika platser på sjukhusen eller i deltagarens hem. Deltagarens möjlighet att styra över var intervjun ska äga rum menar Polit & Beck (2012) vara viktigt. De personer som fanns i rummet under intervjun var endast en deltagare och en intervjuare. Valet att vara en intervjuare gjordes utifrån tidigare erfarenheter av att själva ha blivit intervjuade av två personer samtidigt vilket upplevdes som negativt. Om de olika miljöerna påverkade datainsamlingen är oklart.

Den analysmetod som användes var innehållsanalys efter Graneheim och Lundman (2004) då den för nybörjare upplevdes lättförståelig och överskådlig. Intervjuerna transkriberades av intervjuaren, möjligen hade känslan för varandras intervjuer varit annorlunda om det hade gjorts tvärtom. Dalen (2015) menar att det är viktigt att den egna intervjun transkriberas av intervjuaren själv för att bli bekant med materialet. Materialet analyserades tillsammans vilket kan ha gjort att materialet kunde ses som en helhet och avspeglar inte två personers olika tankar. Studenterna har lyssnat på inspelningar av varandras intervjuer för att inget skulle missas. Genom analysfasen upplevdes dock vissa svårigheter troligtvis på grund av att detta var en förstagångsupplevelse. Det som upplevdes som särskilt svårt var att forma kategorier och subkategorier.

## Resultatdiskussion

Resultatet består av åtta kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor vilka hade erfarenhet av att vårda patienter med TK. Det övergripande temat blev 'Samma men olika', vården av patienter med TK liknar vården av patienter med AKS och dessa två grupper sattes genomgående i relation till varandra. Tre kategorier identifierades: En utsatt patient, Behov av stöd och Känsla av osäkerhet. Dessa kategorier upplevdes svara mot syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter drabbade av TK.

I intervjuerna var jämförandet mellan att ha vårdat patienter med TK och AKS central vilket inte var konstigt då patienterna med TK oftast hade en misstänkt AKS-diagnos i första skedet. Även vid genomgång av litteraturen var jämförandet mellan diagnoserna frekvent. Orsak och prognos (Redfors et al., 2015; Templin et al., 2015), nivå av katekolaminer (Wittstein et al., 2005), läkemedelsbehandling (Schultz et al., 2012) och könsfördelning (Redfors et al., 2015) var exempel på de områden som jämförs. Någon artikel där TK och hjärtsvikt jämförs kunde inte hittas vilket kan anses anmärkningsvärt då TK är en akut vänsterkammarsvikt (Redfors et al., 2015).

Sjuksköterskorna upplevde att patienterna med TK var en mer utsatt patientgrupp jämfört med patienterna med AKS. Patienterna med TK upplevdes vara utsatta i dubbel bemärkelse då det saknas riktlinjer för vård och behandling samt att de varit med om svåra händelser, ibland under lång tid och ibland akut vilket överensstämmer med tidigare forskning (Wittstein et al., 2005; Wallström et al., 2015). De sjuksköterskor som intervjuades berättade om varierande orsaker till insjuknandet.

Stress hos en patient drabbad av TK var något som lyftes fram i intervjuerna. Det var genomgående någon form av psykisk stress som nämndes och det tedde sig för sjuksköterskorna vara något synonymt med diagnosen. Ingen nämnde fysisk stress under intervjuerna. Studierna är tvetydiga om vilken form av stress som är mest förekommande. Det finns studier som visar på att fysisk stress kan vara vanligare än psykisk stress (Templin et al., 2015) men även det motsatta (Schneider et al., 2013). Fysisk stress är vanligare hos de män som insjuknar i TK (Patel, Chokka, Prasad & Prasad, 2013) vilket kan förklara att det inte nämndes under intervjuerna då sjuksköterskorna aldrig vårdat någon man med TK.

Vikten av att kunna ge patienterna extra stöd, framför allt via möjlighet till samtal betonades och då när patienten själv önskade. Att inte kränka patientens integritet var för sjuksköterskorna viktigt. Eide, Eide, Almquist & Jeppson (1997) menar att det är viktigt att patienten får berätta om sig själv och den egna upplevelsen för att sjuksköterskan ska kunna få empatisk förståelse och kunna sätta sig in i patientens behov. Travelbee (1971) menar att empati är en känsla som uppstår mellan två människor och är en förmåga att förstå en annan persons sinnestillstånd vid ett tillfälle. Sjuksköterskorna berättade att de kunde tycka synd om patienter med TK då de hade eller hade haft det svårt i livet. Möjligen kan denna känsla kallas för empati utifrån Travelbees (1971) definition men det är dock svårt att säga om känslan delades mellan sjuksköterska och patienten då intervjuerna är ur sjuksköterskans perspektiv.

Det fanns en vilja hos sjuksköterskorna att ta reda på den utlösande faktorn till TK och att i ett tidigt skede kunna koppla in tvärprofessionellt stöd i form av kurator. Travelbee (1971) menar att det är viktigt att sjuksköterskan har självinsikt och inser när de behöver ta hjälp från en annan arbetskategori för att kunna tillfredsställa patientens behov. Det kan tänkas inte bara vara patienten som har nytta av den tvärprofessionella hjälpen utan även sjuksköterskan får hjälp till att hjälpa.

Osäkerhet hos en sjuksköterska kan uppstå när en känsla av okunskap inför en okänd diagnos finns eller en oförutsedd situation uppstår (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk & Nagle 2012). Den genomgående känslan av att vårda en patient med TK var för sjuksköterskorna osäkerhet då vården av dessa patienter upplevdes avvikande. Sjuksköterskors osäkerhet kan vara ett hinder i vården då den kan göra att sjuksköterskor inte vågar handla utan väntar på direktiv av läkare eller att någon annan med mer kunskap ska ta över (Vaismoradi, Salsali & Ahmadi, 2011). Det uttrycktes i intervjuerna att sjuksköterskorna inte vågade utföra handlingar som de annars gjort utan lämnade över till en annan arbetskategori. Osäkerhet hos sjuksköterskorna uppstod när det upplevdes finnas en osäkerhet i den arbetskategori som de förlitade sig på.

Att inte veta vilka åtgärder som behövs för att hjälpa patienten kan också skapa osäkerhet (Cranley et al., 2012). I intervjuerna berättades det om att inte veta vilka medicinska åtgärder som behövdes eller vad de skulle informera patienterna om. Sjuksköterskorna upplevde sig veta att patienterna behövde psykosocialt stöd men trots den vetskapen kände de sig osäkra. Vad som är otryggt för en person behöver dock inte vara otryggt för en annan utan speglar osäkerheten hos den enskilda personen (Joost Michaelsen, 2012). Genom intervjuerna uttryckte sjuksköterskorna ofta en vilja att ge patienten trygghet. Möjligen kunde detta bero på att sjuksköterskorna själva kände en otrygghet inför vården av patienter med TK.

I patientvården kring AKS fanns tydliga riktlinjer, utarbetade rutiner och informationsmaterial att tillgå jämfört med vården för TK där inget av det nämnda fanns. Att inga riktlinjer fanns att tillgå påverkade alla arbets kategorier på avdelningarna och för sjuksköterskorna blev det extra tydligt i informationssituationen. En sjuksköterska ska arbeta utifrån gällande riktlinjer och forskning (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). För patienter med TK finns inga utformade riktlinjer, varken nationellt eller internationellt, och det är en stor brist och försvårar sjuksköterskans arbete. Diagnosen är, vad som är känt i nuläget, en ovanlig diagnos. Under en åttaårsperiod registrerades i Västra Götaland 302 fall av TK jämfört med 14802 fall av AKS (Redfors et al., 2015). Utifrån dessa siffror kan frågan ställas om det verkligen är realistiskt att ställa krav på att riktlinjer ska utformas för en så pass liten patientgrupp. Det verkar dock vara en patientgrupp som ökar, upplevelsen var att diagnosen sattes allt oftare vilket stämmer med de siffror som presenteras av Redfors et al. (2015).

Hur en patient upplever de som vårdar påverkar deras tillit till sjukvården. En sjuksköterska som patienten upplever vara kunnig förmedlar trygghet (Dahlviken et al., 2015). I intervjuerna berättade sjuksköterskorna om patienter som upplevde en misstro mot sjukvården när de fått otillräcklig och felaktig information. Sjuksköterskorna upplevde även att mycket hängde på dem i informationssituationen då de inte hade några riktlinjer att luta sig mot. För att patienter ska kunna ta beslut i sin egen vård bör aktuell och tydlig information finnas tillgänglig (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). För patienter med TK finns inte någon specifikt utformad information att tillgå vilket kan leda till svårighet att påverka den egna situationen.

Travelbee (1971) menar att en relation mellan sjuksköterska och patient måste skapas för att kunna ge god vård. För att relationen ska kunna skapas behöver sjuksköterskan vara medveten om sina brister, kunskaper och ha erfarenheter som liknar patientens (Travelbee, 1971). Det är orimligt att sjuksköterskorna själva ska ha upplevt TK för att kunna skapa en tillfredställande relation. Att vara osäker och inte veta hur man ska vårda en patient kan skapa ett hinder i byggandet av en relation (Travelbee, 1971). Känslan av okunskap om TK och brist på riktlinjer, vilket sjuksköterskorna i intervjuerna lyfte, skulle kunna vara hinder i relationsskapandet till denna patientgrupp. Dessa patienter, liksom andra patienter med ovanliga diagnoser, kan tänkas få en sämre vård då den mellanmännliga relationen är svårare att skapa. Det uttrycktes även i intervjuerna en osäkerhet att prata med dessa patienter och att det kunde förekomma att sjuksköterskan undvek att prata med dem. Är kommunikationen bristfällig kan inte en relation skapas enligt Travelbee (1971). Viljan var att ge en god vård till dessa patienter trots de hinder som fanns. Utifrån Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmännliga aspekter kan det dock finnas stora svårigheter att ge den eftersträlvade goda vården.

## Konklusion

Erfarenheterna av att vårda patienter med TK handlade till stor del om sjuksköterskans osäkerhet inför diagnosen. Bristen på riktlinjer och en upplevd okunskap skapade denna osäkerhet. Trots denna upplevda känsla fanns en vilja att ge dessa patienter en lika god vård som patienter med AKS, vilket TK frekvent jämförs med. Patienter med TK ansågs vara en utsatt grupp då det fanns en osäkerhet hos vårdpersonalen samt att riktlinjer och rutiner för vården saknades.

Uppsatsens resultat går inte att applicera på andra sjuksköterskegrupper då det är en intervjustudie med få deltagare. Trots detta har det framkommit relevant information vilket kan vara till nytta för andra sjuksköterskor som möter patienter med TK. Att dela kollegors erfarenheter av en upplevelse kan ge ökad trygghet hos sjuksköterskorna vilket kan leda till en bättre vård för patienten. Det är av vikt att sprida resultatet inom de egna verksamheterna och till övriga berörda enheter inom regionen för att öka kunskapen om TK.

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med diagnosen TK är i nuläget ett outforskat område liksom annan omvårdnadsforskning kring patienter med TK. Förslag till framtida forskning är vetenskapliga studier på sjuksköterskors erfarenheter av TK och att jämföra vården av patienter med TK på sjukhus av olika storlek. En fortsatt medicinsk forskning behövs för att hitta bakomliggande orsaker till TK och utifrån det kunna utforma riktlinjer för behandling och vård.

Genom den fördjupade kunskap som erhålls i specialistsjuksköterskeutbildningen kan sjuksköterskan bli tryggare i sin profession och få verktyg till att möta patienten med den ovanliga diagnosen på ett bättre sätt.



## Referenslista

- Abraham, J., Mudd, J. O., Kapur, N., Klein, K., Champion, H. C., & Wittstein, I. S. (2009). Stress cardiomyopathy after intravenous administration of catecholamines and beta-receptor agonists. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(15), 1320-1325. doi:10.1016/j.jacc.2009.02.020
- Coupez, E., Eschalier, R., Pereira, B., Pierrard, R., Souteyrand, G., Clerfond, G., . Motreff, P. (2014). A single pathophysiological pathway in takotsubo cardiomyopathy: Catecholaminergic stress. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 107(4), 245-252. doi:10.1016/j.acvd.2014.04.001
- Cranley, L. A., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2012). Recognizing and responding to uncertainty: A grounded theory of nurses' uncertainty. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(3), 149-158. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x
- Dahlviken, R. M., Fridlund, B., & Mathisen, L. (2015). Women's experiences of takotsubo cardiomyopathy in a short-term perspective – a qualitative content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 258-267. doi:10.1111/scs.12158
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod* (2., utök. uppl. ed.). Malmö: Gleerups utbildning. *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur.
- Eide, H., Eide, T., Almqvist, I., & Jeppsson, S. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Gil, I., Andres, M., Delia, M., Sionis, A., Martin, A., Bastante, T., . RETAKO investigators. (2015). Characterization of tako-tsubo cardiomyopathy in Spain: Results from the RETAKO national registry. *Revista Espanola De Cardiologia*, 68(6), 505-512. doi:10.1016/j.rec.2014.07.026
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Joost Michaelsen, J. (2012). Svåra patienter. I A.M. Graubæk (Red.). *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun (3. [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Landers, M. G., Weathers, E. & McCarthy, G. (2014). Professional Caring: Descriptions from Student Nurses' Perspectives Midway through their Educational Program. *Care/Caring Words*.
- Liu, S. (2004). What caring means to geriatric nurses. *Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 12(2), 143-152 10p.

Lyon, A. R., Bossone, E., Schneider, B., Sechtem, U., Citro, R., Underwood, S. R., ... & Ruschitzka, F. (2016). Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 18(1), 8-27. doi:10.1002/ejhf.424

Manfredini, R., Citro, R., Previtali, M., Vrizz, O., Ciampi, Q., Pascotto, M., ... & Bossone, E. (2010). Monday preference in onset of takotsubo cardiomyopathy. *The American journal of emergency medicine*, 28(6), 715-719. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2009.04.023

Minhas, A. S., Hughey, A. B., & Koliass, T. J. (2015). Nationwide Trends in Reported Incidence of Takotsubo Cardiomyopathy from 2006 to 2012. *The American journal of cardiology*, 116(7), 1128-1131. doi:10.1016/j.amjcard.2015.06.042

Nortvedt, P. (2002). Klinisk omvårdnad-realteter och utmaningar. I H. Almås & Wallgren, G. A. (2002). *Klinisk omvårdnad: D. 1* (3. uppl. ed.). Stockholm: Liber.

Patel, S. M., Chokka, R. G., Prasad, K., & Prasad, A. (2013). Distinctive clinical characteristics according to age and gender in apical ballooning syndrome (takotsubo/stress cardiomyopathy): an analysis focusing on men and young women. *Journal of cardiac failure*, 19(5), 306-310. doi:10.1016/j.cardfail.2013.03.007

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9.th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Redfors, B., Ali, A., Shao, Y., Lundgren, J., Gan, L. M., & Omerovic, E. (2014). Different catecholamines induce different patterns of takotsubo-like cardiac dysfunction in an apparently afterload dependent manner. *International journal of cardiology*, 174(2), 330-336. doi:10.1016/j.cardfail.2013.03.007

Redfors, B., Vedad, R., Angerås, O., Råmunddal, T., Petursson, P., Haraldsson, I. . . Omerovic, E. (2015). Mortality in takotsubo syndrome is similar to mortality in myocardial infarction - A report from the SWEDEHEART. *International Journal of Cardiology*, 185, 282-289. doi:10.1016/j.ijcard.2015.03.162

Schneider, B., Athanasiadis, A., Stöllberger, C., Pistner, W., Schwab, J., Gottwald, U. . . Sechtem, U. (2013;2011;). Gender differences in the manifestation of tako-tsubo cardiomyopathy. *International Journal of Cardiology*, 166(3), 584. doi:10.1016/j.ijcard.2011.11.027

Schultz, T., Shao, Y., Redfors, B., Bergmann Sverrisdóttir, Y., Råmunddal, T., Albertsson, P. . . Institute of Medicine, Department of Molecular and Clinical Medicine. (2012). Stress-induced cardiomyopathy in Sweden: Evidence for different ethnic predisposition and altered cardio-circulatory status. *Cardiology*, 122(3), 180-186. doi:10.1159/000338814

SFS 1992:1434. *Högskolelagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen (2015). *Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård*. Hämtad 2015-11-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Svensk sjuksköterskeförening (2009). *Sjuksköterskans profession*. Hämtad 2015-11-23 från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf)

Templin, C., Ghadri, J. R., Diekmann, J., Napp, L. C., Bataiosu, D. R., Jaguszewski, M., . . . Lüscher, T. F. (2015). Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy. *The New England Journal of Medicine*, 373(10), 929. doi: 10.1056/NEJMoa1406761

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2.th ed.). Philadelphia: Davis.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4., [omarb.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Vaismoradi, M., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2011). Nurses' experiences of uncertainty in clinical practice: A descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 991-999. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05547.x

Wallström, S., Ulin, K., Määttä, S., Omerovic, E., & Ekman, I. (2015). Impact of long-term stress in Takotsubo syndrome: Experience of patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1177/1474515115618568

Wittstein, I. S., Thiemann, D. R., Lima, J. A., Baughman, K. L., Schulman, S. P., Gerstenblith, G., ... & Champion, H. C. (2005). Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *New England Journal of Medicine*, 352(6), 539-548. doi:10.1056/NEJMoa043046

# Bilagor

## Bilaga 1. Brev till verksamhetschef



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**

**Institutionen för vårdvetenskap och hälsa**

Användare Proprefekt Kristin Falk

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6010

E-post: Kristin.Falk@fhs.gu.se

**INFORMATION OM**  
**EXAMENSARBETEN**  
2013-01-22

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra  
Götalandsregionen

### Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ mastersexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten på avancerad nivå *omfattas inte av etikprövning* och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

A handwritten signature in cursive script that reads "Kristin Falk".

Kristin Falk

## Bilaga 2. Forskningspersonsinformation

### *Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med Takotsubo kardiomyopati*

#### **Bakgrund och syfte**

Takotsubo kardiomyopati (TK) är en diagnos som ökar inom sjukvården och beskrevs första gången på 90-talet i Japan. TK är en form av akut hjärtsvikt där insjuknandet liknar ett akut koronart syndrom. Det misstänks finnas ett samband mellan en stark psykosomatisk upplevelse och insjuknandet men orsaken är ej fastställd. I svensk sjukvård idag saknas riktlinjer om handläggande samt uppföljning av dessa patienter. Det forskas inom området men saknas en hel del pusselbitar för att bilden ska bli komplett, en bit som fattas är sjuksköterskors erfarenheter av att vårda denna patientgrupp.

**Syftet med denna uppsats är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med diagnosen TK.**

#### **Deltagande och urval**

Vi vill fråga dig som har erfarenhet av att under de senaste två åren ha vårdat denna patientgrupp om att delta i denna intervjustudie. Vi tror att du har viktig kunskap och erfarenhet att delge oss. Ur den grupp som visar sitt intresse för att delta kommer ett urval att ske utifrån att få så stor variation på deltagarna som möjligt. Sex till åtta deltagare beräknas att ingå.

#### **Hur studien går till**

Deltagare kommer att rekryteras från två sjukhus i regionen. Var intervjuerna utförs är valfritt, du som deltagare får välja plats och lämplig tid. Det finns möjlighet att bli intervjuad på arbetstid. Räkna med att avsätta upp till 60 minuter. Ljudet från intervjuerna spelas in. Intervjuerna kommer sedan att skrivas ut och analyseras, för att sedan användas i en magisteruppsats. Vi kommer att ställa några få öppna frågor, till exempel: Kan du berätta vad du tänker när du hör diagnosen Takotsubo? Frågorna kommer inte att handla om vad du kan om TK, men för att kunna svara på våra frågor bör du vara bekant med diagnosen.

#### **Frivillighet**

Det är frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Det finns risk att du känner dig tvingad att delta då det är kollegor som skriver uppsats och gör intervjuer. Det är dock helt frivilligt och kommer inte att påverka vår arbetsrelation. I den här situationen är kollegan intervjuare och student.

#### **Risker**

Att bli intervjuad om tidigare erfarenheter och händelser kan väcka eventuella obehagliga minnen till liv. Men det är vår förhoppning att du ska uppleva det som positivt att få dela med dig av din erfarenhet.

### **Fördelar**

Du får möjlighet att berätta om dina erfarenheter och tankar kring vården av patienter med TK. Detta kan i sin tur leda till en ökad kunskap och trygghet för kollegor vilket i slutändan leder till en bättre vård för patienterna.

### **Hantering av data/sekretess**

Vi kommer inte att anteckna några persondata och ditt namn kommer inte att presenteras i arbetet. Det du säger under intervjun kommer inte att diskuteras på respektive avdelning utan endast användas i uppsatsen. Materialet kommer att förvaras inlåst och när uppsatsen är godkänd kommer det att förstöras.

Om du är intresserad av att ta del av resultatet eller har frågor om uppsatsen är ni välkomna att kontakta oss!

### **Studieansvariga**

Johanna Larsson, leg. Sjuksköterska, fil. kand, [guslarjobh@student.gu.se](mailto:guslarjobh@student.gu.se), tele 0739207945

Sofia Svensson, leg. Sjuksköterska, fil. kand, [gussvesos@student.gu.se](mailto:gussvesos@student.gu.se) tele 0709571675

Examensarbete i omvårdnad Specialistsjuksköterskeprogramet i medicinsk vård

Göteborgs universitet

Handledare: Åsa Axelsson, docent, [asa.axelsson@fhs.gu.se](mailto:asa.axelsson@fhs.gu.se)

## Bilaga 3. Skriftliga frågor inför intervjun

### 1. Arbetslivserfarenhet

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?

Hur gammal är du?

### 2. Upplever du att du har erfarenhet av att vårda Takotsubopatienter?

Har du någon uppfattning av hur många patienter du vårdat?



## Bilaga 4. Intervjufrågorna

1. Kan du berätta vad du tänker när du hör diagnosen Takotsubo?
2. Initialt har Takotsubo samma symtom som AKS när diagnosen istället blir Takotsubo har du några tankar kring det?
  - Ändras dina tankar om patienten?
  - Ändras din roll som sjuksköterska?
3. Har du någon särskild händelse angående Takotsubo som du vill berätta om?

Bilaga 5. Analysschema

Tema	<b>Samma men olika</b>		
Kategori	En utsatt patient	Behov av stöd	Känsla av osäkerhet
Subkategori	Drabbad	Ge trygghet	Avsaknad av riktlinjer
	Stressad	Tvärprofessionellt stöd	Okunskap
			Inkonsekvent information
			Otillräcklighet