



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

FAKTORER SOM PÅVERKAR FÖLJSAMHET HOS PATIENTER MED HJÄRTSVIKT PÅ ANGEREDS NÄRSJUKHUS

En empirisk studie

Gustav Carlsson
Japp Singh Rai

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	My Engström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Susann Strang och Ingela Henoeh.

Tack även till Men. Fantenberg för att ha stått ut med oss och agerat kalfaktor och Lt. Svensson som bidragit med värdefulla insikter.

Vi vill även tacka familj och vänner som har stöttat och funnits där för oss under denna resa.

Titel (svensk)	Faktorer som påverkar följsamhet hos patienter med hjärtsvikt på Angereds Närsjukhus
Titel (engelsk)	Factors influencing adherence in patients with heart failure at Angereds Närsjukhus
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Gustav Carlsson och Japp Singh Rai
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	My Engström

Sammanfattning:

Bakgrund: Kardiovaskulära sjukdomar är den största dödsorsaken i Sverige och världen. Slutstadiet för de flesta av de sjukdomarna är hjärtsvikt. Idag finns det bra behandlingar vid hjärtsvikt. Behandlingarna kräver dock att patienterna är följsamma till sin behandling. Låg följsamhet skapar ett onödigt lidande och försämrade livskvalité. **Syfte:** att undersöka vårdpersonalens upplevelse av faktorer som påverkar följsamhet till behandling och uteblivna vårdbesök hos patienter med hjärtsvikt. **Metod:** Studien utformades som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats för att undersöka problematiken. **Resultat:** Resultatet består av tre kategorier och elva underkategorier. De beskriver personalens upplevelser av faktorer som påverkar hjärtsviktpatienters följsamhet. Faktorerna grupperades i personliga faktorer, sjukvårdssystemet och samhällsbarriärer. **Slutsatser:** Resultatet visar att faktorerna är många och komplexa. Faktorerna återfinns på tre olika nivåer. En grupp av faktorer kan sjuksköterskan och patienten tillsammans påverka. Den andra gruppen av faktorer kan påverkas av sjukvårdsorganisationen och den tredje ligger i stor del på samhällsnivå.

Nyckelord:

Hjärtsvikt, compliance, concordance, adherence, följsamhet, personcentrerad vård, intervjustudie, kvalitativ innehållsanalys, behandling, sjuksköterska

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Hjärt- och kärlsjukdom.....	1
Begreppsförklaring	2
Personcentrerad vård	3
Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle	3
Tidigare forskning	3
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	6
Design.....	6
Urval	6
Datainsamling	6
Dataanalys	8
Etisk granskning	9
Resultat.....	10
Personliga faktorer.....	10
Hälsotillstånd	10
Okunskap	12
Kultur	13
Närstående.....	14
Sjukvårdssystemet	15
Uppföljning	15
Ansvarsfördelning.....	15
Informationsutskick	16
Tolk.....	17
Sjukvårdsvårdsorganisation	17
Samhällsbarriärer.....	18
Kostnad	18
Teknik	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Urval	19

Datainsamling	19
Dataanalys.....	20
Resultatdiskussion	21
Personliga faktorer	21
Hälsotillstånd.....	21
Okunskap.....	22
Kultur	23
Närstående.....	23
Sjukvårdssystemet.....	23
Samhällsbarriärer	23
Slutsats	24
Referenser.....	26
Bilagor	2

Inledning

Patienter som inte fullföljer eller uteblir från sin behandling är ett globalt problem. World Health Organisation (2003) skriver att det troligen finns större hälsovinster för en population genom att öka följsamhet till nuvarande behandlingar än utvecklandet av nya medicinska behandlingar. I Sverige förs en debatt kring de växande vårdköerna och sjukvårdens kostnader. Parallellt med debatten släpps rapporter om att patienter uteblir från bokade besök och hur det påverkar svensk sjukvård. I en artikel av Holmqvist och Nyman publicerad i VGR Fokus (2017, 26 november) rapporterar de om att Västra Götalandsregionen 2016 hade 150 000 uteblivna patientbesök. Kostnaderna för uteblivna besök uppskattas till över 400 miljoner kronor. I nittio procent av fallen har patienterna uteblivit av okänd anledning. Ca 1,9 miljoner personer i Sverige är drabbade av någon form av hjärt-kärlsjukdom, av dessa lider 250 000 av hjärtsvikt och dödligheten i sjukdomen ökar med hög ålder (Hjärt-lungfonden, 2017).

När patienter uteblir från bokade besök och inte följer sin behandling leder det till ett onödigt lidande och ökat vårdbehov för patienten. Samtidigt ger det en ökad belastning för sjukvården samt skapar växande vårdköer. I följsamheten till behandling har sjuksköterskan en central roll. Sjuksköterskan och vårdteamet som jobbar med patienterna har insikt i vilka faktorer som påverkar patienternas följsamhet till behandling och patientbesök.

Bakgrund

I bakgrunden berörs hjärt- och kärlsjukdom, förklaring av begreppen compliance, adherence och concordance, personcentrerad vård, delar som påverkar omvårdnaden i ett mångkulturellt samhälle och vad tidigare forskning på området har funnit.

Hjärt- och kärlsjukdom

Kardiovaskulära sjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i världen (Mitchell, 2012). Hjärt-lungfonden (2017) anger att det även är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och står för ca 35 procent av dödsfallen i landet. Nästan var femte svensk har någon form av hjärtsjukdom, vilket är ca 1,9 miljoner svenskar och av dessa är det ca 250 000 som har hjärtsvikt. Förekomsten av hjärtsvikt är högre i den äldre delen av befolkningen (Läkemedelsverket, 2015). I Sverige lider ca 1 procent av befolkningen under 50 år av hjärtsvikt och andelen ökar till över 10 procent i gruppen över 80 år.

Mitchell (2012) beskriver hjärtsvikt som ett tillstånd där hjärtat inte klarar av att tillfredsställa det metaboliska behovet eller kan bara göra det genom högre fyllnadstryck än normalt. Hjärtsvikt är slutstadiet för flera olika hjärtsjukdomar och det är ett progressivt tillstånd med dålig prognos. Hjärtsvikt ger ofta symtom relaterat till andningen så som dyspné, ortopné och lungödem. Förutom lungödem drabbas patienter av perifera ödem och ascites. Hjärtsvikten leder även till minskad renal och cerebral perfusion.

Risikfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar inbegriper bland annat hypertoni, hyperlipidemi, diabetes, rökning, dåliga matvanor, psykosocial stress, stillasittande, fetma och ärftlighet. Flera av faktorerna kan påverkas genom livsstilsförändringar, icke-farmakologisk och farmakologisk behandling (Hjärt-lungfonden, 2017).

Den farmakologiska behandlingen kan enligt Rydberg och Holst (2016) delas in i prognosförbättrande och symtomlindrande behandling. För prognosförbättring används vanligen ACE-hämmare och betablockerare som dilaterar blodkärlen och sänker hjärtminutvolymen. Diuretika används symtomlindrande vid vätskeansamling i ben eller buk och underlättar andningen vid lungödem. Behandlingen medför att belastningen på hjärtat minskar. Den icke farmakologiska behandlingen bygger på att ge rekommendationer utifrån nutrition, fysisk aktivitet och livsstilsförändringar. Sjuksköterskan utbildar patienten i egenvård och symtomlindring (ibid.).

För att bibehålla hälsa vid hjärtsvikt är det viktigt att patienten har god följsamhet till farmakologisk behandling, saltrestriktiv diet, rökstopp, begränsad alkoholkonsumtion och daglig viktkontroll. Vidare bedöms och motverkas försämringar som kan leda till onödiga inläggningar på sjukhus. Med rätt behandling och omvårdnad kan hjärtsviktspatienters livskvalité avsevärt förbättras. På senare år har behandlingen av hjärtsvikt tagits över av ett sjuksköterskelett team där flera professioner ingår (Brennan, 2018).

Begreppsförklaring

Det råder brist på samstämmighet kring definitioner och användning av de engelska begreppen kring följsamhet och medgörlighet. Begreppen används i bred bemärkelse och kan syfta på olika saker vilket fragmenterar och försvårar jämförelser mellan olika studier. Många gånger används också de olika uttrycken för att förklara samma fenomen då begreppen är närbelägna och har liknande betydelser (Ahmed & Aslani, 2014; Aronson, 2007).

Begreppet compliance myntades på 70-talet och härstammar från det latinska ordet complire. Ordet användes från början i det militära med betydelsen att fullfölja beslut och lyda order. Begreppet har sedan anammats av sjukvården och använts i sammanhang för att förklara följsamhet och medgörlighet till behandling. I sammanhanget har det riktats kritik mot begreppet då compliance upplevs innehålla en paternalistisk underton som medför att patienter passiviseras och inte är aktiva i den egna vården. Det uppstår en ojämlikhet och begränsning i mötet. Därav har användningen av begreppet compliance minskat. (Ahmed & Aslani, 2014; Hansson Scherman & Friberg, 2011).

Adherence utgår ifrån att patient och vårdgivare kommer överens om vilken behandling och vilka åtgärder som ska sättas in. Således involveras patienten i beslutsfattande. Det bygger även på patientens förståelse för allvaret i sin sjukdom och att patienten tror på behandlingens effektivitet. Adherence definieras som till den grad en persons handlingar överensstämmer med den överenskomna behandlingen (Ahmed & Aslani, 2014).

Concordance är ett begrepp som enligt Cohen (2009) bygger vidare på adherence. Concordance grundar sig på konceptet om upplyst kommunikation. Vårdare och patient bygger en jämlik relation i partnerskap och kommer överens om den mest optimala behandlingen. Tillsammans försöker man hitta en behandling som är kompatibel med patientens önskemål och är möjlig för denne att uppnå. Concordance bygger på att patienten är kapabel att fatta ett informerat beslut. Ett dilemma uppstår när patienten inte är förmögen att fatta ett beslut och behandlingen därav dröjer. Aronson (2007) problematiserar vidare om svårigheten att förutse vilka som skulle gynnas och vilka som rentav riskerar att ta skada. Det innebär ett större ansvarstagande från patienten. Det är också svårt att överbygga skillnaderna mellan patient och vårdare i kunskap vilket begränsar nyttjandet av konceptet.

Personcentrerad vård

Förenklat kan personcentrerad vård beskrivas som att ur en holistisk människosyn lägga fokus på hela människan. Istället för att enbart sätta fokus på sjukdom, symptom, åldrande eller ett enskilt handlande lyfts hela personen fram. Personen framställs som en social och kulturell varelse med egen vilja och förmåga. Centralt blir personens egen berättelse och historia (Fossum, 2013). Personcentrerad vård är enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Sjuksköterskan ansvarar för att bedriva omvårdnaden i partnerskap med patient och närstående så att delaktighet och medinflytande främjas. Sjuksköterskan ser till personens unika behov och förutsättningar samt medverkar till att bevara personens integritet och värdighet. I teamet har sjuksköterskan en ledande roll i omvårdnaden och samarbetar med andra professioner. Samverkan sker genom samordning av kompetenser utifrån patientens behov. Sjuksköterskan ska även kunna utbilda patienter och närstående med sin pedagogik utifrån deras specifika förkunskaper och förutsättningar.

Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle

Sverige är idag ett mångkulturellt land och sjuksköterskan möter i sin profession patienter med en annan kulturell bakgrund än sin egen. Hansen (2007) skriver att sjukvården och sjuksköterskan har sin kultur med sina referensramar om vad som är viktigt i behandlingen av sjukdomar baserat på en vetenskaplig grund. Patienterna som sjuksköterskan möter har inte alltid samma bakgrund eller utbildningsnivå. För att ge en god vård behöver vi förstå varandra. Sjuksköterskan behöver förstå varför patienterna inte gör det som ses som en självklarhet ur vårdens perspektiv.

Vidare skriver Hansen (2007) att professionella tolkar lär sig att översätta ord för ord. Den varianten av översättning kan vara otillräcklig då orden kan saknas på språket som det översätts till eller att budskapet missuppfattas då vårdare och patient inte har samma referensramar, föreställningar och förväntningar. Tolkarna kan vara förtrogna med de språken de översätter men sakna kulturell kompetens, vilket kan göra att budskapet missuppfattas. Hansen (2007) tar upp fyra problemområden när okvalificerade tolkar nyttjas. Nummer ett är att man inte vet något om tolkens språkliga kunskaper eller förståelse för västerländsk medicin. Nummer två är att det är svårt att veta om allt blir översatt. Det tredje är att patienten kan vilja skydda tolken från viss typ av information samt det fjärde, att tolken vill skydda patienten från viss information.

Helman (2007) beskriver olika kulturers syn på tid och skiljer mellan monokronisk och polykronisk tidsuppfattning. Monokronisk tidsuppfattning beskrivs som en rigid och linjär klocktid som utgörs av lika stora uppdelade segment. Tiden har en tydlig början och slut där det endast görs en sak i taget. Denna syn på tid är dominerande inom byråkratiska organisationer och industrin. I motsats finner vi den polykroniska tidsuppfattningen som uppmuntrar till mellanmänniska interaktioner och relationer. Tidsuppfattningen är orienterad till familj, vänner och händelser. Istället för att vara klockbunden är tiden händelseanknuten där flera saker kan göras samtidigt.

Tidigare forskning

I en kanadensisk artikel av King-Shier, Singh, Khan, Leblanc, Lowe, Mather, Chong och Quan (2017) har de undersökt faktorer som påverkar adherence hos patienter med olika etnisk bakgrund. Deltagarna beskrivs ha varierande adherence och att det bland annat påverkas av

etnokulturella faktorer. Generellt sett påverkades patienternas adherence framförallt av hur de upplevde kommunikationen med vårdpersonalen.

Patienterna upplevde det som positivt när de kunde kommunicera direkt med läkaren på sitt eget språk och på sitt "eget sätt". Patienter med en sydasiatisk eller kinesisk bakgrund uppskattade oftare att ha en klar och direkt kommunikation från läkaren. En del patienter sa att deras adherence påverkades av deras egna prioriteringar. En man berättar om att han prioriterat sitt jobb och sin familj framför sin egen hälsa. Med den prioriteringen kommer mannen ha svårt att hålla tider som rör hans sjukdom då arbete och familj alltid kommer före.

Vissa deltagare nämnde deras rädsla för vad som "kunde hända" om de inte tog sina mediciner och att hoppet om en mer positiv framtid motiverade dem att följa behandlingen. De påverkades av sina egna eller andras erfarenheter kring medicineringen. De patienter som hade god adherence pratade om att de var hjälpta av att ha rutiner. Patienter som inte upplevde att de blev lyssnade på eller att de kände sig oviktiga hade sämre adherence. Det samma gällde patienter som upplevde att ingen behandling hjälpte (ibid.).

Miller-Matero, Burkhardt Clark, Brescacin, Dubaybo och Willens (2016) skriver att yngre personer och låginkomsttagare hade högre sannolikhet att utebli från sina vårdbesök. Det samma gällde patienter med begränsad läsförmåga, depression eller förmodad depression. Graven, Grant, Vance, Pryor, Grubbs och Kairoth (2015) har sett att personer som upplever mer symptom på hjärtsvikt också upplever mer symptom på depression. Symptom på hjärtsvikt minskar även följsamhet till egenvård. Här anses socialt stöd vara viktigt för att bibehålla välbefinnandet.

Resurrección, Motrico, Rigabert, Rubio-Valera, Conejo-Cerón, Pastor och Moreno-Peral (2017) skriver om ett antal intrapersonella barriärer som hindrar adherence vid kardiovaskulära sjukdomar. Bland dem nämns att patienten mår dåligt eller känner sig för sjuk. Patienter som känner sig för gamla eller deprimerade påverkar adherence negativt. Vissa patienter är oförmögna att göra träningsövningar. Patienterna ser inte behandlingen som nödvändig då hjärtsjukdom "inte kan förebyggas". De ser sig inte som sjuka eller att behandlingen inte gör någon skillnad. Patienterna påstår sig inte ha tid för behandlingen. De saknar intresse eller motivation att följa behandlingen. En del patienters religiösa uppfattning hindrar dem från att delta i behandlingen.

Resurrección et al. (2017) tar även upp interpersonella barriärer och bland dem nämns en konflikt där behandlingen står mot familjeansvar, omsorgsansvar och att de känner skuld över att de får mindre tid över till familjen. En del patienter nämner att arbetsgivare hindrar patienten från att följa behandlingen. Problem att transportera sig till och från sjukhus eller träningsanläggningar nämns som en faktor.

Nguyen, Keshavjee, Arcer, Patterson, Gwady-Sridhar, Demers (2017) framför att patienter har en vilja till egenvård vid hjärtsvikt men saknar kunskap om symptom och lindrande åtgärder. De förlitar sig på anhöriga och sjukvården för att fatta beslut kring egenvården. Vidare framförs barriärer för användning av tekniska lösningar när patienten blir frustrerad när de inte förstår sig på tekniken eller när den inte fungerar.

Ok och Choi (2015) visar på att symptom som trötthet och viktuppgång med ödem minskar följsamheten till egenvård. Låg adherence kan tänkas bero på bristande kunskap kring

hjärtsvikten och dess symptom. Kunskap om nytta av behandlingar verkar inte alltid påverka adherence, studien visar på att patienterna tar influensavaccin utan att veta varför det är bra just vid hjärtsvikt.

En litteraturstudie av Chan, Kinsman, Elmer och Khanam (2018) som berör adherence till saltreducerad kost har de tre huvudfynd som berör patienternas följsamhet. Första är bristande patientutbildning, 58 procent får muntlig information om saltreducerad kost och endast 27 procent får den skriftligt. Informationen de får är inte alltid individanpassad vilket gör att patienter kan tro att deras kost redan innehåller lite salt. De andra är att det är svårt att ändra på kosten då den inte alltid är individuell utan även en social aktivitet. Det tredje är matpreferenser och ekonomiska möjligheter att välja en anpassad kost.

Problemformulering

Västra Götalandsregionen (2005) har antagit en vision med namnet ”Vision Västra Götaland – Det goda livet”. Visionens övergripande mål för förbättrad hälsa är en värdeskapande och effektiv sjukvård för befolkningen. Vården ska vara tillgänglig, av hög kvalitet och främja jämlik hälsa. Det finns betydande skillnader inom hälsa mellan de olika stadsdelarna i Göteborg (Angereds Närsjukhus, 2010). Angered utmärker sig med högre ohälsotal jämfört med andra områden i Göteborg och som ett område där fler dör till följd av kardiovaskulära sjukdomar.

För patienter med hjärtsvikt finns det idag bra behandlingar och den här patientgruppen är hjälpt av att få nuvarande behandlingar anpassade efter sina förutsättningar och vara följsamma till dem (WHO 2003). Socialstyrelsen (2016) refererar till att ett stort antal patienter uteblir från bokade besök i Västra Götalandsregionen.

Angered beskrivs som ett transkulturellt område med högre andel socioekonomiskt svag befolkning (Angereds Närsjukhus, 2010). Det finns en stor kunskapsbrist i området om egenvård och hur svensk sjukvård är organiserad. På Angereds Närsjukhus arbetar man idag med att minska antalet uteblivna besök och öka följsamheten till behandling. För att komma till rätta med problemet att hjärtsviktpatienterna uteblir från bokade besök och inte följer sina behandlingar behöver faktorerna som påverkar detta undersökas.

Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver att sjuksköterskan ska i partnerskap med patienten bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnad för att uppnå hälsa. Därmed kan sjuksköterskan anses ha god information om faktorer som påverkar följsamhet till besök och behandling. Hjärtsviktpatienter träffar dessutom flera professioner vilka också kan bedömas ha insikt i vilka faktorer som påverkar patienterna. Vilka faktorer upplever vårdpersonalen att det finns hos hjärtsviktpatienterna som påverkar deras följsamhet? Studien ämnar finna dessa faktorer för att medvetandegöra dem.

Syfte

Syftet var att undersöka vårdpersonalens upplevelse av faktorer som påverkar följsamhet till behandling och uteblivna vårdbesök hos patienter med hjärtsvikt.

Metod

I metoden berörs design, urval, datainsamling och dataanalys och etisk granskning.

Design

För studien intervjuades vårdpersonal för att få tillgång till deras erfarenheter av patienter som uteblir och har låg följsamhet till behandling. Intervjustudie med induktiv ansats valdes för att undersöka problematiken. Ett induktivt förfarande baseras enligt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) på en förutsättningslös analys av text och frångår från att vila på tidigare teori. Kvalitativ innehållsanalys användes för att tolka texter och kan användas för att tolka olika sorters texter på olika nivåer. Detta gör metoden nyanserad och användningsbar inom omvårdnad.

Urval

Deltagarna i studien valdes ut genom ett ändamålsenligt urval. I ett ändamålsenligt urval samlas först en stor grupp med potentiella deltagare och därefter väljs deltagarna ut efter olika faktorer som exempelvis kön, ursprungsland eller andra faktorer som anses vara viktiga för studien (Thomsson, 2002). Vilket ger möjligheten att välja informanter med rik erfarenhet av problematiken kring följsamhet (Patton, 2015). Urvalet kan enligt Danielson (2012a) göras utefter deras lämplighet och väljas till studien.

Studien utfördes vid Angereds Närsjukhus där de för närvarande arbetar med att komma tillrätta med patienter som uteblir och inte följer sin behandling. För studiens syfte behövde deltagarna ha arbetat med hjärtsjuka patienter. Hjärtviktpatienter vårdas av ett team lett av sjuksköterskor. Inklusionskriterierna var således att deltagarna skulle delta frivilligt i studien, arbeta eller ha arbetat med hjärtviktpatienter i närtid samt att minst två skulle vara sjuksköterskor. För lista över deltagare se *Tabell 1* nedan.

Tabell 1 – Informanter.

Informant	Kön	Yrke	Yrkesverksam i	Erfarenhet av kardiologi
IP1	Kvinna	Fysioterapeut	4 år	4 år
IP2	Kvinna	Arbetsterapeut	33 år	16 år
IP3	Kvinna	Sjuksköterska	19 år	15 år
IP4	Kvinna	Sjuksköterska	14 år	12 år
IP5	Kvinna	Verksamhetsutvecklare/ Sjuksköterska	-	23 år
IP6	Kvinna	Undersköterska	42 år	15 år

Datainsamling

Studien är en del av en större forskningsstudie vid Angereds Närsjukhus. Den första kontakten med mottagningen skedde i april 2018 och intervjuerna gjordes under vecka 41 och 42 år 2018. Första intervjudagen intervjuades fyra personer, två dagar senare gjordes en intervju och ytterligare en intervju bokades in veckan efter. Totalt genomfördes sex intervjuer

vid tre intervjutillfällen. För att ta reda på sjukvårdspersonalens upplevelse av faktorer som påverkar följsamhet till vårdbesök och behandling valdes kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod.

Kvale och Brinkman (2009) förklarar att personen som intervjuas ska ha möjlighet att beskriva och berätta på ett sådant sätt att materialet blir fylligt så att en trovärdig tolkning kan göras. Personen som intervjuas sätts i fokus och pratar mest. För att uppnå detta valdes semistrukturerade intervjuer vilket innebär att intervjun utgår från i förväg bestämda frågor med möjlighet för de intervjuade att berätta fritt. Frågorna konstrueras som öppna och kan ställas i önskvärd passande ordning utifrån vad som framkommer i intervjun. Det finns möjlighet att ställa följdfrågor och fördjupa sig i ämnen som den intervjuade visar intresse för. Frågorna utformas för att ge uttömmande svar för att öka förutsättningen att nå djup. För att skapa struktur rekommenderas att skapa en intervjuguide. Intervjufrågorna i intervjuguiden anpassades efter mottagaren och berörde följsamhet till behandling och uteblivna besök. Det innebär att frågorna inte utformades lika för de olika deltagarna.

Intervjun inleddes med att fråga om informanternas profession och tidigare yrkeserfarenhet för att sedan ställa den öppna frågan: "Kan du berätta om din tidigare erfarenhet av att arbeta med personer med kronisk hjärtsvikt?" Efter att ha behandlat frågor kring hjärtsvikt kom frågorna att handla om följsamheten då frågor ställdes såsom "Vad tror ni är orsaken till att patienten inte dyker upp på bokade tider?". I bilaga 1 och bilaga 3 återfinns intervjuguide och komplettering till intervjuduiden.

Kvale och Brinkman (2009) framhåller att intervjuaren bör interagera genom öppenhet, intresse och aktivt lyssnande. Intervjuaren räds inte tystnad och pauser utan använder dessa som möjlighet för den som intervjuas att tänka till. Intervjuaren bör också ha ett gott minne och kunna återkomma till vad som sagts tidigare.

Patton (2015) föreslår ett neutralt förhållningsätt där det inte läggs någon värdering i frågorna. Frågorna ska också vara lätta att förstå och tydliga. Platsen som intervjun sker bör vara avskild så att ingen stör. Inspelningsutrustningen testas innan så att den fungerar bra. Intervjun spelades in med två olika apparater för att få en extra säkerhetsåtgärd och minska risken för bortfall.

Intervjuerna skedde på personalens arbetsplats Angereds Närsjukhus och hölls i avskilda rum för att hindra störande moment. Placeringen beaktades så att intervjuerna satt snett mot informanten och i samma höjdnivå för att beakta maktnivån. Intervjuerna beaktade ett trevligt bemötande och inledde med småprat för att skapa en medmänsklig relation och accepterande klimat. Samtliga informanter fick ta del av informationsbrevet om studien samt sekretessen och att de när som helst har möjlighet att avbryta eller ångra sitt deltagande. Sedan fick de ge skriftligt samtycke och möjlighet att ställa någon fråga innan intervjun började. Intervjuernas längd varierade mellan ungefär tjugo till fyrtio minuter.

Alla intervjuerna gjordes tillsammans med båda intervjuarna och en informant i taget. Thomsson (2002) framhåller att fördelen med att vara två är att frågorna kan delas upp mellan intervjuarna och de kan fokusera på olika delar i intervjun. Det blir lättare att uppmärksamma vad som sägs och ställa passande följdfrågor. Det blir en trygghet i tolkning och förmedling. Med två intervjuare flyttas maktbalansen i intervjun till intervjuarna men det kan tänkas vägas upp av informanternas erfarenhet att arbeta med patientgruppen som frågorna berör. Svagheter kan vara att intervjuarna avbryter varandras tankekedjor, avbryter inriktning och

ställer en helt annan fråga eller att frågan inte stöds av båda. Under intervjuens gång tas hänsyn till att intervjuarna söker ögonkontakt med varandra för att känna av ifall någon har en följdfråga eller om vi ska gå vidare till nästa. Informationen som fås av intervjun påverkas av vad informanten anser vara viktigast här och nu samt av intervjuarnas kunskaper i ämnet då de blir medskapare till innehållet i intervjun.

Intervjuperson 1 har sedan tidigare erfarenhet av att hålla i rekryteringsintervjuer inom försvarsmakten. Intervjuperson 2 har inte någon tidigare erfarenhet av att hålla i intervjuer. Thomsson (2002) förespråkar att intervjuaren helst ska ha erfarenhet och vana att intervjua för att intervjun ska bli bra. Därför valde vi att låta intervjuperson 1 inta en mer ledande roll i de två första intervjuerna för att sedan dela upp intervjufrågorna jämnt de resterande. Hela tiden gavs båda möjligheten att föra samtalet vidare.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades ett par dagar efter att alla intervjuer var genomförda. Henricsson och Billhult (2012) skriver att analysen vanligen inleds när all data samlats in vilket gjordes i den här studien. Då båda intervjuarna varit närvarande vid samtliga intervjuer delades transkriberingen upp i lika stora delar mellan författarna. Den transkriberade texten analyserades med manifest kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, Lundman et al. (2012) beskriver att kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats används för att få en förutsättningslös analys av material. Analysen gjordes manifest vilket innebär att analysen ligger nära de ursprungliga analysenheterna. Analysmetoden används för att identifiera skillnader och likheter i texter, de uttrycks i kategorier och teman. Analysmetoden anses vara lämplig då det handlar om upplevelser. I kvalitativ forskning kan resultatet inte ses som oberoende av forskaren då denne är delaktig under intervjun. De skriver vidare att flera tolkningar är möjliga och kan vara giltiga även om de är olika.

Efter transkriberingen flyttades de transkriberade intervjuerna in i ett exceldokument. Analysenheterna lästes igenom för att identifiera relevanta meningsbärande enheter som svarar mot syftet. Därefter abstraherades meningsenheterna, Lundman et al. (2012) skriver att meningsenheterna kan kondenseras innan de abstraheras. I den här studien ansågs det inte vara nödvändigt då textmängden bedömdes vara överskådlig. Analysen gjordes tillsammans av båda intervjuarna. Vid abstraheringen tilldelades meningsenheterna koder och vid en andra genomgång fick de en underkategori. Koder och underkategorier jämfördes och sammanfördes utefter likheter och skillnader. Underkategorierna blev tillslut sammanlagt elva stycken. De elva underkategorierna grupperades sedan i tre huvudkategorier, för exempel på dataanalys se *Tabell 2* nedan.

Tabell 2 - Exempel på dataanalys:

Intervju-person	Analysenhet	Kod	Under-kategori	Kategori
IP1	Då ser man också till exempel på mitt hemland, det är den tanken som finns. Att, ja, det är helt okej om jag inte kommer. Mmm. (tystnad)	Kultur-skillnader, okej att inte dyka upp	Kultur	Personliga faktorer
IP2	Eh ja. Det är dom har inte råd att lösa ut sina mediciner. Det är ju en del. eh. Eh sen är det ju många från människor från andra länder dom har ju alltså om ekonomin är ju oftast inte så bra.	Ekonomiska problem	Kostnad	Samhällsbarriär
IP3	Yngre alltså, arbetsföra människor har ju svårare att ta sig hit på dagtid så är det ju. En del säger ju jag kan bara komma fredagar, och då blir det svårt ibland. Och sen så kanske man får en kollega så kallar hon till en torsdag och då kommer han inte eller hon. Ehm det är det svåra att matcha in tid. För vi har ju inte kvällstider.	Dåligt utformade öppettider. Arbetande patienter har svårt att dyka upp. Förlorar arbetsinkomst	Kostnad	Samhällsbarriär

Etisk granskning

Information om studien lämnades under våren till avdelningen om dess syfte och innehåll. Under vecka 41 valdes intervjupersonerna ut på frivillig bas av avdelningschefen och handledaren för studien. Inför intervjuerna lämnades skriftlig och muntlig information av intervjuerna och skriftligt godkännande inhämtades av informanterna.

I informationen framgick att intervjuerna skulle spelas in och transkriberas för att användas som underlag för en kandidatuppsats och eventuellt i en vetenskaplig artikel. De transkriberade intervjuerna och inspelningarna kommer lagras hos Göteborgs universitet i enlighet med gällande direktiv. Hos författarna till studien kommer de att raderas efter godkänt examensarbete. All data har behandlats med konfidentialitet enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) på ett sådant sätt att det inte har spridits eller kommit obehöriga till dels. Arbetet har inte handlat om intervjupersonernas privatliv och därför har inte personliga frågor ställts. Studien har erhållit etiskt godkännande av den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, diarienummer 746-18.

Resultat

Resultatet är indelat i tre huvudkategorier: Personliga faktorer, sjukvårdssystemet och samhällsbarriärer. För mer information se *Tabell 3* nedan.

Tabell 3 – Resultat.

Huvudkategori	Underkategori
Personliga faktorer	Hälsotillstånd
	Okunskap
	Kultur
	Närstående
Sjukvårdssystemet	Uppföljning
	Ansvarsfördelning
	Informationsutskick
	Tolk
	Sjukvårdsorganisation
Samhällsbarriärer	Kostnad
	Teknik

Personliga faktorer

Den här kategorin är indelad i fyra underkategorier: Hälsotillstånd, okunskap, kultur och närstående.

Hälsotillstånd

Patienter som redan innan sjukdomsdebuten lider av psykisk ohälsa så som stress, ångest och depression upplevs av informanterna ha sämre följsamhet till både behandling och besök. Hjärtsvikten upplevs kunna förvärra patienternas tidigare psykiska ohälsa.

”Dom har annat i bakgrunden. Och många har stress, ångest, depression sen tidigare innan infarkten som blir värre. Eller innan infarkten, innan hjärtsjukdomen som blir värre.” - IP1

Patienterna begränsas av sin sjukdom och orkar mindre än tidigare. De patienterna som har fler symtom och är mer påverkade av sin hjärtsjukdom är oftare hemma. Deras orkeslöshet och behovet att ha en toalett nära till hands gör dem bundna till hemmet vilket upplevs försvåra fysiska och sociala aktiviteter. Patienter i ett senare skede av sjukdomen upplevs som trötta. För att den gruppen ska klara av att följa behandlingen och få ökad livskvalité behöver de spara på sin energi i vardagen. Patienter behöver lära sig strategier för att prioritera så att energi finns för meningsfulla aktiviteter.

” [---] dom är ju väldigt uttröttbara och väldigt trötta. Dom orkar inte så mycket i sin aktivitetsrepertoar. Och dom måste ju hushålla med sina resurser. Uhm ööh. Som dom har och då brukar jag ofta jobba på att man kan ju hushålla med dom resurser eller på dom i dom här vardagsaktiviteterna som man kan göra mer meningsfulla aktiviteter som dom själva väljer.” - IP2

Informanterna upplever att patienterna många gånger orkar mer än vad de tror men att de saknar motivation för att utföra fler aktiviteter. Det finns ett närsjukvårdsteam för de patienterna som inte orkar ta sig in till sjukhuset. Närsjukvårdsteamet är resurskrävande och genomför färre besök per dag.

Några av informanterna uppger att patienter som har fler och allvarigare symtom av sjukdomen uteblir för att de känner sig för sjuka. Det uppfattas som att de allra sjukaste är motiverade men hindras av sina starka symptom. De är påverkade utav sin egen dagsform och vädret. Personer med missbruksproblematik påverkas också av dagsformen. Att patienter som har mycket symptom uteblir i högre grad motsägs delvis av andra intervjupersoner som säger att denna gruppen är mer benägen att komma på sina besök då de känner av att de behöver hjälp.

”... mm, det berodde på dagsformen.. för det är sånt som är svårt att styra om man mår dåligt så det är klart. Eller om man har ett missbruk så då, mm.” - IP5

De patienter som känner sig friskare upplevs i högre grad utebli för att de inte känner sig sjuka och förstår inte vikten av att komma till mottagningen. Informanterna säger även att yngre eventuellt uteblir för att de förtränger sin sjukdom. Årstiderna upplevs påverka uteblivande till besök. Vintertid kan patienter utebli för att de är rädda för att ramla. Sommartid kan patienter utebli för att de hellre vill vistats utomhus än inne på sjukhuset.

En informant nämner att det är få som vill ha morgonbesök vid åttatiden och därför har mottagningen ändrat tiderna och kallar patienterna som tidigast klockan nio på morgonen. Äldre och sjukare patienter har svårare att komma på tidiga besök då deras morgonrutiner kan vara beroende av hemtjänst och att de är långsammare i sina rutiner än yngre och friskare patienter. De nämner att det delvis kan ha en förklaring i att patienterna behöver gå upp och kissa på nätterna och därför sover dåligt. Informanterna upplever att patienterna har sämre följsamhet till eftermiddagsmediciner. Eftermiddagsmedicinerna kan innehålla diuretika och om patienterna tar diuretika sent kan det leda till att de behöver upp och kissa på nätterna.

”mmm sover dåligt, är trött på morgonen, många som har, hjärtsvikt har, mm, eeh, vätskedrivande. Och då vaknar mycket mitt i natten. Och då, då är dom trötta på morgon och inte kommer.” - IP1

Det kan bli besvärligt när patienten har många mediciner. De kan ha svårt att följa tiderna för när de olika medicinerna ska tas. Det blir svårare att vara följsam till sin läkemedelsbehandling. De kan behöva hjälp av anhöriga för att klara av att följa den.

Personer som haft hjärtstopp kan ha kognitiv påverkan på grund av syrebrist till hjärnan. Den kognitiva nedsättningen gör att patienten får det svårare att följa sin behandling och förstå sin sjukdom. Denna kognitiva nedsättning upplever informanterna att den lätt missas av vården.

”[---] man ser att där borde vi bli mycket mycket bättre för att många får ju en kognitivpåverkan för att dom fått minskat syre till hjärnan.” - IP2

När informanterna ringer patienten femton minuter efter att de skulle varit på besöket så säger de oftast att de har glömt eller att de inte mådde så bra och därför inte kommit på besöket. Vissa som har flera vårdkontakter orkar ibland inte och de upplevs ha svårt att veta var de ska vända sig med sina besvär.

Okunskap

En faktor som anges för att följsamhet till behandling brister är att patienternas utbildningsnivå är för låg. De förstår inte varför de ska ta sina mediciner eller träna. De har ofta en bristande grundkunskap och förförståelse om kroppen och hur den fungerar. Informanterna upplever att när patienten inte förstår hur olika mediciner påverkar dem riskerar de att avbryta medicineringen. Det för att patienterna inte upplever att den har effekt, de tror inte på medicineringen eller att patienten inte vill ta medicinen av andra orsaker. Vårdpersonalen får inte alltid reda på det direkt utan det framkommer senare.

"...alltså ibland så kan man ju undra vad dom håller på med för då kanske dom har slutat med en någon tablett. Antingen för att den tog slut eller för att dom nå men dom tyckte att den gjorde ingen nytta men den kanske gjorde nytta ändå." - IP6

Informanterna upplever även att kunskaperna om den egna kroppen och vårdens organisation leder till att patienten uteblir från vårdbesök då de inte förstår varför de ska besöka mottagningen. Det försvårar även för patienterna att göra livsstilsförändringar då de inte förstår hur viktigt det är.

"Och då får jag börja alltså för att jag ska få att patienten ska göra som jag vill och komma på mina besök så måste jag börja från grunden och då måste jag se framför mig vad är det här för patient, vad behöver den här patienten, vad har den för kunskap innan. Och det märker man ju... generellt sett att dom, många utav mina patienter dom har väldigt låg kunskap kring bara sin egen kropp, svensk sjukvård av olika anledningar." - IP4

Informanterna upplever att patienterna saknar kunskap om vad de olika yrkeskategorierna har för funktion, vilket innebär att de inte förstår vilken hjälp de kan få av dem. Patienten vet inte alltid vad det är för specialist de ska träffa och vad som avses med besöket. De vet inte varför de är där, vad de ska göra eller varför det är viktigt. Det har inte skapats en konsensus mellan vårdpersonal och patient kring det remitterade besöket.

"[---] så brukar jag fråga vet du varför du har fått en kallelse till mig idag? Det mest väsentliga och då är det väldigt många som svara näe, dom vet inte det." - IP4

Informationen som patienten får kan vara svår att förstå och kan behöva upprepas flera gånger. Patienterna har i vissa fall svårt att förstå vad vårdpersonalen säger samtidigt som de inte vågar fråga, utan patienten nickar inställsamt utan att ha förstått budskapet. Patienter som är mer angelägna till att komma på besök är de som är oroliga för sin sjukdom och vill få en kontroll och känna trygghet. Hos vissa patienter finns en rädsla för att besöka mottagningen och därför uteblir från sina besök.

"Eh ja med våra invandrare finns det säkert språkbarriärer, man tror, man nickar, och säger att man förstår. Men man kanske inte alls förstår." - IP2

Hos en del patienter upplevs det finnas en underliggande övertro till den medicinska behandlingen och en undervärdering av livsstilsförändringar som behandlingsmetod. Patienter tror att de endast behöver ta sina mediciner och att de inte behöver göra några förändringar i sitt sätt att leva. En del är mer negativa till medicinering och söker andra alternativ. De finner exempelvis något livsmedel att äta som upplevs hjälpa bättre. Livsmedlet blir en ersättare för medicinen.

Vårdförloppet är idag snabbt vid hjärtinfarkter och färre patienter upplever en traumatisk symtombild till följd av medicinska framsteg. Det leder till att färre förstår allvaret i sjukdomen.

”Så när dom kom in på PCI-labb med sin pågående hjärtinfarkt, hade jätteont och vissa kom in nästan hade sin dator i famnen och skulle opereras men dom hade så mycket att göra och dom var så stressade och hade jätteont men sådär. Och sen dom kom dom in efter en timme så är dom helt smärtfria. Då fattar man inte att man har varit med om någonting som är livsfarligt. Och då förstår man inte där men de här var väl ingenting det här var som att gå till tandläkaren ungefär. Och då kommer man inte då följer man inte upp sig.” - IP5

Kultur

Informanterna upplever att det finns en kulturell skillnad mellan olika åldersgrupper. Äldre patienter upplevs i större utsträckning ha större respekt för auktoriteter vilket gör dem mer följsamma till ordinationer och rekommendationer. De är uppväxta i ett mer hierarkiskt samhälle och litar på att vården informerar dem hur de ska agera. Yngre patienter upplevs inte alltid ha samma tillit till sjukvården utan söker oftare egen information för att utforma sin egen behandling.

Etnokulturella skillnader som nämns är att det är svårare att exempelvis få en patient att börja promenera om patienten kommer från en kultur där promenader inte riktigt finns på samma sätt som i Sverige.

”Att det här med ut att promenera, ut och eh ja röra på sig ändå. eh.. där ser vi också kulturella skillnader. Det finns ju dom som är 90 år och är ute och promenerar flera kilometer varje dag och dom som kommer från andra länder som aldrig har promenerat liksom. Så eh fysioterapi är ju en jätteutmaning för många.. personer från andra länder för dom har ju ett helt annat begrepp om hälsa och så.” - IP2

Det upplevs finnas en kulturskillnad i att patienter anser att det är acceptabelt att bara utebli utan att meddela. Hos vissa patienter upplevs en viss nonchalans mot vården. De upplever att patientens inställning är att det inte spelar någon roll om de uteblir eller inte, de får ändå en tid. Det nämns även att det svenska sättet att förhålla sig till tid är en barriär då många har svårt att passa tider. En del patienter reser bort flera månader utan att meddela mottagningen och sen kallas de till mottagningen utan att informationen från kallelsen når patienten.

”Då ser man också till exempel på mitt hemland, det är den tanken som finns. Att, ja, det är helt okej om jag inte kommer.” - IP1

”Vi försöker ju men man ska vara i tid. Eller höra av sig telefonledes helst vill man ju då för det är så svensk eh liksom hur det funkar oftast men att man försöker passa tider och det och det är ju en barriär liksom det här med att vården sjukvård bygger på att man har tider att man har en tid man ska

komma hit och det har vi också mycket besvär med passa tider och det är åter asså de är ju det är nog inte bara sjukvård utan de är de är ju barriär och jag vet ju liksom inte.” - IP4

Det finns även en skillnad i patienternas engagemang, vissa deltar fullt ut medan andra lägger allt ansvar på sjukvården. Informanterna berättar om patienter som träffar läkare från sitt ursprungsland som eventuellt råder dem till en helt annan behandling. I vissa fall byter patienten då behandling eller använder båda parallellt.

”Det kan väl vara mycket så och så mycket, många invandrare går ju till en läkare när dom är i sitt hemland eller sitt forna hemland då. Och då kanske den läkaren säger något helt annat å då tror dom mer på det än, än här och sen så kommer dom tillbaks och så får man börja om från början ibland. Så blir det likadant nästa år å så.” - IP6

Informanterna upplever att det finns en skillnad i hur många som uteblir beroende på vilken profession de ska träffa. De säger att det är vanligare att patienter uteblir från sjuksköterskebesök jämfört med läkarbesök och det är vanligt att patienter uteblir från besök hos fysioterapeuten när fysisk träning kommer på tal. Det upplevs av en informant att män oftare uteblir medan en annan informant säger att det inte finns någon skillnad mellan könen.

”Så fort man pratar träning. Du ska komma och träffa en fysioterapeut, prata träning, röra på sig. Då uteblir dom.” - IP1

Det är svårt att bryta mot normer, beroenden och kulturella vanor för att lyckas göra livsstilsförändringarna. Hos alla patienter prioriteras inte detta heller. Vårdpersonalen fokuserar på ett problem i taget och då prioriterar de oftast att de ska följa läkemedelsbehandlingen. Informanterna nämner även att patienter med en historik av uteblivande uteblir ofta igen. Det nämns även att patienter uteblir oftare om besöken är på fredagar.

Närstående

Patienter med anhöriga som tar ett stort ansvar för patientens vård uteblir sällan då de anhöriga ser till att patienten kommer på sina besök. Det upplevs som att patienterna förstår bättre när de har någon anhörig med sig till besöket som kan hjälpa till att ställa frågor och ta till sig informationen. När patienten har besök varannan eller var tredje vecka ser personalen att det blir svårt för de anhöriga att ställa upp då det blir mycket frånvaro från arbetet för att ta hand om patienten. Har de anhöriga det mindre gott ställt har de sämre möjligheter att ställa upp då de behöver prioritera sitt arbete.

Anhöriga och närstående upplevs i stor utsträckning ställa upp och hjälpa till, inte enbart med att ha kontroll på medicinering och vårdbesök utan även hjälpa till med dagliga aktiviteter såsom städning och matlagning. Den hjälpen som anhöriga ger kan hindra patienten från att få den vardagliga fysiska aktivitet som patienten behöver.

”Man vill ju tro att det bara är en resurs men så är det inte. Vi gör likadant på sjukhuset vi hjälper dom för att det ska gå snabbare men det är ju inte och vara schysst, egentligen. Men anhöriga hjälper nog för att det ska gå vara snälla liksom.” - IP3

Sjukvårdssystemet

Den här kategorin är indelad i fem underkategorier: Uppföljning, ansvarsfördelning, informationsutskick, tolk och sjukvårdsorganisation.

Uppföljning

I intervjuerna framkommer det att patientgruppen är åsidosatt och underbehandlad i sin helhet. Informanterna upplever att det finns en del patienter som inte har någon direkt kontakt med någon mottagning utan de har satts in på läkemedelsbehandling och därefter följs patienterna inte upp. De upplever att detta bland annat beror på resursbrist inom sjukvården och att det är en sjukdom som oftast drabbar äldre. En informant uttrycker att det leder till att de inte klarar av att leva upp till Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av hjärtsvikt.

”Det, det är ju ingen hipp grupp att jobba med egentligen att jobba från läkarhåll för dom är ju oftast äldre. Eh sen kan man ju göra jättemycket för dom här patienterna men det det är ett dilemma vi har i i regionen idag. Att det är, dom får ju inte dom behandlingarna som dom har rätt till enligt Socialstyrelsen.” - IP2

En patientgrupp som åker väldigt mycket ut och in från sjukhuset är de som saknar fast vårdkontakt och fungerande relation till vårdcentral och hjärtmottagning. Många inläggningar skulle kunna förebyggas med bättre planering, uppföljning och kommunikation. Det kan vara så att kontakt eller tidsbokning inte fungerat och patienten istället söker sig till sjukhuset.

Patienter som har dålig uppföljning riskerar att felmedicineras, vilket är en risk för att de mår sämre eller försämras i sin sjukdom. Patienter önskar kontinuitet med sin vårdpersonal. De önskar att det ska vara lätt att ringa och få direktkontakt med personalen. En informant förespråkar att alla patienter med hjärtsvikt skulle få ha en kontaktperson som följer upp lite extra. Detta kunde vara en sjuksköterska som patienten lätt kan få tag i utan att behöva stå i telefonkö och vänta.

”eeh så skulle ju alla hjärtsviktare få ha en kontaktperson som följer upp dom lite extra om det nu är en sjuksköterska på en vårdcentral eller om det är en sjuksköterska på en specialistmottagning eller så här som dom lätt kan ha kontakt med.” - IP2

Ansvarsfördelning

Det finns en viss kluvenhet hos informanterna mot att underlätta för patienterna genom att överta ansvar. En av informanterna säger att patienterna behöver anpassa sig efter svenska normer. Det finns funderingar kring hur mycket vården ska göra extra och söka patienterna kontra patientens egenansvar att vara aktiv i sin behandling. En av informanterna anser att det blir svårare att få patienterna att komma på besök när de erbjuds besöken jämfört med hur sjukvården tidigare har uttryckt sig på ett mer uppmanande sätt som gjort att det inte uppfattats vara lika frivilligt.

En del av patienterna fortsätter med medicinering trots att behandlingen ska ha upphört. Det beror enligt en informant på brister i kommunikation mellan vårdcentral och hjärtmottagning. Vissa slutar ta medicinerna för att receptet gått ut och de ber inte att få det förnyat.

”Och jag vet ju massor med patienter, eller massor, en del patienter som efter har gjort ingreppen och äter blodförtunnande som dom ska äta i ett år och dom har inte förstått utan dom har ju fortsatt äta,

det har gått ett och ett halvt år när nån upptäcker nämen gud du ska ju inte äta den mer och läkarna på vårdcentralen fortsätter skriva ut tabletterna för att det finns igen kommunikation, det finns ingen plan för patienterna..” - IP5

Informanterna upplever att det saknas tydliga medicinlistor till patienterna. Har de en tydlig lista att utgå ifrån blir det både lättare för dem själva och för vårdpersonalen att överblicka deras medicinska behandling. Apodos föreslås ibland för att underlätta följsamhet till medicinering men det är vårdcentralens ansvar att upprätta Apodos. Kommunikationen kan vara svår mellan specialistmottagning och vårdcentral vilket gör att det kan ta tid. Svårigheter med Apodos uppstår om det behöver göras akutändringar i medicineringen. Har patienten inte med sig Apodospåsarna är det svårt att förklara vilken tablett som ändringen gäller, speciellt när patienterna får synonympreparat. Vissa läkemedel kan inte läggas in i Apodos som då får tas vid sidan av. En del av patienterna blir då beroende av anhöriga för sin medicinering.

”Det är bra men vi behöver gör akutändringar, alltså dom har fått blodprover som innebär att vi måste ta ut ett läkemedel idag. Så är det svårt. För dom har ju inte med sig sina apodospåsar hit många gånger.” - IP3

Patienten som kommer på besöket har inte alltid hjärtsvikten i fokus. De kan ha andra problem som de upplever som viktigare och vill ha hjälp med först. Det kan vara åkommor som de hänvisas att gå till vårdcentralen med eller saker som ligger helt utanför sjukvårdens område. En informant säger att vården kanske fungerar på olika sätt i Sverige jämfört med deras ursprungsländer och att de behöver förklara vad hjärtmottagningen arbetar med.

Informationsutskick

Närsjukhuset använder sig av smspåminnelser som komplement till kallelser men det kräver att patienten uppger sitt mobilnummer. Mottagningen har även gjort försök med att ringa upp alla patienter dagen före besöken. Det har gett viss positiv effekt på besöken. Några informanter nämner att de går igenom kommande besök med patienten när de är på ett besök. Informanterna tar även upp förslaget om att patienten ska boka besöket själv, de säger att det gjorts på ögonbottenfotografier och att det gett minskat uteblivande.

Patienter med bristande språkkunskaper i svenska har svårt att ta till sig informationen i kallelsen och det är en stor risk att de uteblir. De behöver få hjälp med att få kallelsen översatt och det är ofta patientens barn som översätter kallelsen åt dem. Informanterna upplever att patienter uteblir från det ena av besöken när två kallelser skickas i samma kuvert.

“Eh sen om det är två olika delar personer dom ska träffa som läser dom bara den ena och så missar dom den andra. Det är väldigt förekommande. Så egentligen kanske man skulle skicka två brev till dom.” - IP2

Inte sällan har patienterna sagt att de inte fått kallelsen. Det händer att posten inte levererar kallelsen till rätt adress eller att den inte kan levereras och skickas tillbaka. Andra orsaker till att patienten inte får kallelsen är att patienten är inlagd på sjukhus utan att mottagningen vet om det. Patienter kan sakna fast adress och flytta runt eller vara hemlös. Nyanlända som inte har ett personnummer eller samordningsnummer kan vara svåra att nå. Andra grupper som också uteblir oftare är patienter som begått brott och avtjänar straff, även om det är ovanligt. I ett fåtal fall har kallelsen inte skickats från sjukhuset. Patienter kan ha flyttat och inte angivit ny adress.

”Nej alltså då tar vi.. är det inte levererat till dom så så har dom ju inte då är det ju postgången. Någon enstaka så är det ju absolut så att det är vi som inte skickat iväg brevet ens en gång och då är det ju vi som får ta på oss det. Det går ju och se i våra system.” - IP3

Informationen som ges skriftligt finns inte på alla minoritetsspråk och ges oftast på svenska. För vissa patienter är det svårt att då förstå den skriftliga informationen som ges. Informationen från sjukhuset till patienten efter utskrivning kan brista. De förstår inte varför det är viktigt att de går till hjärtmottagningen.

Tolk

Det har förekommit att informanterna upplever brister vid användning av tolk. Överlag upplevs användningen av tolk fungera bra men några gånger har misstankar uppstått om att allt personalen har sagt inte kommit patienten till dels. Detta medför att budskapet som vårdpersonalen försöker förmedla inte når hela vägen fram. På en fråga som vårdpersonalen ställer kan det komma ett helt annat svar som inte alls har med frågan att göra. Det upplevs då som att tolken kan ha haft svårt att tolka frågan eller översätta. Tolkar används flitigt men det är svårt att veta hur tolkningen fungerar när personalen inte förstår vad som sägs. En informant berättar att hon ber patienten återberätta vad som sagts för att förvissa sig om att patienten förstått. Samtidigt vet de inte om det är patienten eller tolken som återberättar.

”För det mesta väldigt bra, sen ibland så kan man undra jaha kom det fram nu det jag ville få fram? Men för det mesta tycker jag att det fungerar jättebra dom är jätteduktiga tolkarna. Sen finns det alltid någon som man får upplevelsen att det inte är riktigt bra.” - IP6

Informanterna uppger att det fungerar bättre med tolk på plats jämfört med att nyttja telefontolk. Vårdbesök som kräver tolk är mer tidskrävande. Tiden det tar för personal och patient att kommunicera med varandra förlängs vid användning av tolk och samtalet anpassas utifrån de rådande förutsättningarna. Informanterna upplever att de inte hinner med allt de behöver under patientmötena då tiden inte räcker till.

Sjukvårdsvårdsorganisation

Journalssystemet hindrar informationsflödet mellan olika vårdgivare. Den information som skickas är inte sällan bristfällig. När en patient har flera vårdgivare har inte alla vårdgivare samma information och vet inte alltid vilka vårdplaner som patienten har.

”aa jajamensan jajamensan aa det är en klassiker och därför måste det finnas en plan, planen måste vara känd ee det måste vara aktuell, alla måste kunna komma åt den och alla måste vara med på detta.” - IP5

En informant uttrycker att omhändertagande av hjärtsviktpatienter skulle förändras och att när en patient skrivs in på mottagningen bör de få ett besök hos kurator eller psykolog. Det är svårt att se att patienterna kommer kunna klara av att göra viktiga förändringar om de inte mår psykiskt bra.

”[...] jag tror att man ska liksom inte fråga vill du det utan man ska bara säga att det ingår i paketet sen kan man ju alltid säga att jag vill inte men då kanske det är lättare å aja det ingår i paketet jag måste göra det.” - IP6

Rutiner finns kring att ringa dagen innan för att påminna patienterna om vårdbesöket. Detta känns väl tilltaget och en informant frågar sig hur denne ska hinna med att ringa då hela

dagarna brukar vara fullbokade. Många patienter svarar inte i telefonen när man ringer för att påminna eller fråga varför de inte kommit på besöket. Patienter uppger att de inte svarar på dolt nummer.

Personalen tror att ett dåligt bemötande från vården kan vara en faktor för att patienter har sämre följsamhet och uteblir från besök hos andra vårdgivare. När hembesök görs av vårdpersonalen så uteblir patienterna mer sällan.

Samhällsbarriärer

Den här kategorin är grupperad i två underkategorier: Kostnad och teknik.

Kostnad

Informanterna upplever att det finns ekonomiska hinder för en del patienter att kunna följa behandlingen. Det kan vara patienter som inte har råd att betala för transport till och från sjukhuset eller betala för sina mediciner.

Personer i arbetsför ålder som arbetar upplevs ha svårare att ta sig till mottagningen på dagtid. Vissa patienter säger att de enbart kan komma en viss dag i veckan vilket kan göra det svårt att matcha tider. Dessutom är de rädda för att förlora sitt arbete om de uteblir för mycket. Om då en kollega som inte känner till detta bokar in ett besök på en annan dag kan patienten utebli. De som har ett arbete och är välfungerande upplevs höra av sig i större utsträckning och meddela att de inte kan dyka upp. Det kan uppstå akuta problem med arbete, skola boende, ekonomi eller något annat som hindrar patienten från att närvara.

Informanterna säger också att en grupp som är svår att få att komma på besök är patienter som förvärvsarbetar. Tiderna som de förvärvsarbetande patienterna kan komma till mottagningen är begränsade. Denna gruppen upplevs dock som bra på att meddela i tid att de inte kan komma på besöken.

"Yngre alltså, arbetsföra människor har ju svårare att ta sig hit på dagtid så är det ju. En del säger ju jag kan bara komma fredagar, och då blir det svårt ibland. Och sen så kanske man får en kollega så kallar hon till en torsdag och då kommer han inte eller hon." - IP3

Det görs mer för patienter med hjärtinfarkt än hjärtsvikt och resurserna är ojämnt fördelade. Hjärtsviktspatienterna får mindre resurser och blir därmed åsidosatta. Tidigare fanns hjärtsviktsmottagningar i primärvården men det har tagits bort.

Teknik

Personalen upplever att en del tekniska hinder föreligger som försvårar följsamheten. Det handlar bland annat om att söka information via datorer. När patienten ringer via telefon ska menyval göras med knappar. Det kan vara svårt för patienten att veta vilket knappval denne ska göra. P-automater som ska betalas med kort eller via telefonapplikationer upplevs göra det svårt för patienter som är äldre, har en funktionsnedsättning, utländsk härkomst eller personer med låg teknisk vana.

"Den här kommunikativa med alla datorer och alla knapptelefoner, alla p-automater, när man nu ska knappa in i en app för att betala. Det är hopplöst för många äldre. Knapptelefoner och så får du sju val till och sen får du fem val till och så sen går det ju ner och ner och sen får du lämna in ett meddelande så ska du knappa in nånting själv där." - IP2

Det kan finnas hinder i trafiken för att ta sig till sjukhuset. Enstaka stopp kan ske i kollektivtrafiken som hindrar eller att det problem med flexlinjen eller sjukresor med färdtjänst. Patienter som bor långt ifrån mottagningen upplevs utebli oftare.

Diskussion

Diskussionen är uppdelad i metod- och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen är uppdelad i urval, datainsamling och dataanalys.

Urval

Med ändamålsenligt urval är deltagarna handplockade utifrån i förväg ställda kriterier (Thomsson, 2002). Urvalets styrkor är att flera professioner finns representerade och de har lång erfarenhet av att arbeta med hjärtsviktpatienter. Möjligheten att välja ut de informanter med rik erfarenhet av ämnet för att få ett djup i materialet som svarar mot syftet är en styrka (Patton, 2015). Studien har en bredd i arbetslivsfarenhet vilket också är en styrka för studien. Urvalet har handledaren för arbetet och chefen för hjärtmottagningen stått för efter författarnas önskemål vilket har gjort att personer med mer erfarenhet har kunnat hjälpa till med urvalet. Innan urvalet gjordes informerades gruppen att deltagandet var frivilligt därefter gjordes ett urval av frivilliga deltagare. Dessa styrkor stärker trovärdigheten i resultatet.

Det är inte säkert att de valda informanternas upplevelser är representativa. De som deltar är också de som är intresserade av att delta vilket kan göra att viktiga upplevelser inte finns med i studien (Thomsson, 2002). Problematiken att informanter som inte vill delta och som kan ha viktig information att bidra med kan anses vara generell. Nackdelar är att manlig vårdpersonal inte finns representerade och vilka kanske har andra upplevelser av problematiken. Det finns ytterligare professioner som inte inkluderats vilket kan tänkas vara en nackdel.

Sex stycken intervjuer gjordes, antalet begränsades av tidsramen för examensarbetet då ett större antal intervjuer hade genererat mer data som hade varit svårhanterligt relaterat till tidsbegränsningen. Danielson (2012b) menar på att ett urval på sex informanter kan betraktas som få då det blir svårt att få tillräckligt mycket information för att säkerställa ett resultat med trovärdig kvalitet. Patton (2015) poängterar att det läggs större vikt vid förmågan att samla in, analysera och presentera information än mängden data som samlats in för att avgöra kvalitén i en kvalitativ studie.

Genom att fråga efter vårdpersonalens upplevelser istället för patienter finns det en större möjlighet att få information kring de patienter som uteblir från sina vårdbesök. Samtidigt som information om flera patienter kan inkluderas och patienterna förblir anonyma för författarna. Därmed kan information om patienter som annars inte hade deltagit i en studie samlas in. Dessutom når studien förbi flera språkbarriärer som annars hade uppkommit vid intervjuer av patienter då flera av patienterna har ett annat modersmål än svenska.

Datainsamling

I början av intervjuerna efterfrågades informanternas profession, hur länge de arbetat inom sin profession och hur länge de arbetat med kardiologi. En informant frågades inte hur länge hon arbetat som sjuksköterska endast hur länge hon arbetat inom kardiologi och när hon bytte tjänst. Intervjufrågor som inte ställdes till alla informanter men som i efterhand borde ha

ställt är hur länge de arbetat på Angereds Närsjukhus. Vilket hade kunnat stärka trovärdigheten i datainsamlingen.

Semistrukturerade intervjuer ger större möjlighet till djup och anpassningsmöjligheter till informanten och möjlighet att kontrollera att alla delområden täcks in (Kvale et al, 2009). Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide för att säkerställa att alla delområden behandlats. Stödpunkter användes som komplement till frågorna för att tydliggöra delområden och om de hade behandlats. Frågorna som ställdes upplevdes som relevanta och anpassade för frågeställningen. Allt eftersom intervjuerna fortskred ökade författarnas erfarenhet och vana av att intervjua, vilket påverkade utfallet i de senare intervjuerna. Bakgrundskunskapen ökade utefter intervjuerna och fler delområden uppenbarade sig för oss som gjorde att fler stödpunkter adderades. Frågorna ställdes inte alltid ordagrant utan anpassades utefter vad som framkommit i intervjun samt vem som intervjuades.

Intervjuernas längd varierade mellan något över tjugo minuter till något över fyrtio minuter. Den kortare intervjun begränsades i tid då informanten väntade ett patientbesök trettio minuter efter att intervjun inleddes. Det begränsade möjligheterna att få ett liknande djup i den kortare intervjun.

Kvalitativa intervjuer ger ett djup kring erfarenheterna av bristande följsamhet och uteblivande till besök. Svagheter är att intervjuerna saknar erfarenhet av den här intervjutypen. För att uppväga detta har båda författarna deltagit vid samtliga intervjuerna och författaren med viss intervjuerfarenhet har inledningsvis inlett intervjuerna. Fördelen med två intervjuare är att det fanns möjlighet att dela upp frågorna och ha olika fokus under intervjun (Thomsson, 2002). Risken är att intervjuernas tankebanor avbryts och intervjun kan föras i en riktning utan att intervjuerna är överens om det. Två intervjuare innebär att maktbalansen flyttas till intervjuerna.

Det kan tänkas att maktbalansen kan ha vägts upp av arbetslivserfarenheten hos informanterna samt att intervjuerna skett på deras arbetsplats. Intervjuerna hölls i enskilda rum för att minimera störningsrisken dock stördes en av intervjuerna trots detta. För att minska spänningarna mellan intervjuare och informanter inleddes mötet med kallprat. Flera intervjuer gjordes på samma dag vilket innebär kort tid att reflektera över vad som sagts och det finns en risk att kvalitén sjunker.

Dataanalys

Transkriberingen gjordes ett par dagar efter att den sista intervjun hade genomförts. Nackdelar med det är att minnet från intervjuerna bleknar. Dock är det vanligaste förfarandet enligt Henricsson och Billhult (2012) att transkribera efter att alla intervjuer är gjorda. Intervjuerna transkriberades ordagrant med tankeord, pauser och felsägningar. Dock fanns det vissa ord som inte gick att urskilja och namn utelämnades ur transkriberingen om de inte var uppdiktade.

Analysen gjordes av båda författarna tillsammans och materialet gicks igenom flera gånger. Resultatet förstärks av citaten och skapar möjlighet att värdera resultatet och eventuellt göra andra tolkningar då flera tolkningar är möjliga och giltiga trots att de är olika (Lundman et al., 2012). Analysen är gjord manifest för att ligga så nära innehållet som möjligt. Trovärdigheten i analysen stärks bland annat av tidigare forskning som har funnit liknande samband som den här studien gjort.

I planeringsfasen av studien började vi bekanta oss med ämnet för att få bakgrundskunskap inför intervjuerna. Bakgrundskunskap som inhämtats för att forma intervjufrågorna har hela tiden reflekterats mot vår tidigare förförståelse och förutfattade meningar. Diskussion och medvetenhet kring förförståelsen gjorde att vi valde att använda oss av vår förförståelse i utformningen av våra frågor tillsammans med bakgrundskunskap. Vi valde att begränsa förförståelsen i tolkningen av materialet för att minimera risken för felaktig tolkning och hålla tolkningen på en manifest nivå.

Resultatdiskussion

Angereds närsjukhus jobbar i ett stort socioekonomiskt utsatt område med människor från världens alla hörn med olika hinder och svårigheter (Angereds Närsjukhus, 2010). Det finns flera sorters problematik och eftersom att varje enskild individ är unik kan varje enskild person ha olika och varierande orsaker till uteblivande och bristande följsamhet. Genom att öka följsamheten till behandling kan lidandet minska hos patienterna och livskvalitén öka (WHO, 2003). Författarna anser att följsamheten påverkas av flera faktorer på olika nivåer. Resultatet visar att åtgärder behöver göras på flera nivåer om bättre följsamhet ska uppnås.

Personliga faktorer

Hälsotillstånd

I denna studie har det framkommit att faktorer kring patientens hälsotillstånd påverkar uteblivandet till besök eller låg adherence till behandlingen. Inom kategorin hälsotillstånd syns framförallt faktorerna psykisk ohälsa och/eller symtom relaterat till hjärtsvikt. Hjärtsvikt ger symtom relaterat till andningen och hjärtat klarar inte av att möta de metaboliska kraven från kroppen (Mitchel, 2012). Det leder till att patienterna orkar mindre och är mer uttröttbara vilket försvårar möjligheterna till att utföra fysisk aktivitet. Miller-Matero et al. (2016) och Resurrección et al. (2017) skriver också om att fler och mer uttalade symtom på hjärtsvikt kan påverka adherence negativt.

En av informanterna nämner att de arbetar med att försöka spara den energin som patienten har och lägga den på mer meningsfulla aktiviteter. Genom att göra fler meningsfulla aktiviteter kan patienternas välbefinnande öka. Välbefinnandet är kopplat till patienternas psykiska hälsa vilken kan påverkas negativt av hjärtsvikt vilket visats av Graven et al. (2015). Författarna bedömer att när patienterna inte orkar lika mycket som tidigare eller kan vara samma tillgång till sin familj som tidigare försämras deras psykiska hälsa. Resurrección et al. (2017) tar upp att när patienternas möjlighet att tillbringa tid med sin familj minskar, minskar även deras adherence. Den psykiska ohälsan kan dessutom stärka redan befintliga symtom till hjärtsvikten (Graven et al., 2015).

Psykisk ohälsa är enligt studien en faktor som påverkar följsamheten. Vilket tas upp av Miller-Matero et al. (2016) som nämner att depression kan påverka adherence negativt även Resurrección et al. (2017) tar upp depressionens inverkan. Den psykiska ohälsan syns inte alltid på patienterna varvid en av informanterna föreslår att samtliga hjärtsviktpatienter ska få ett besök hos kurator eller psykolog. Det finns ett behov av att se hela människan och således inkludera den psykiska hälsan. När den psykiska hälsan inkluderas ses människan i ett större sammanhang vilket är en del av den personcentrerade vården (Fossum, 2013).

Mitchel (2012) skriver att hjärtsviktpatienter riskerar minskad cerebal perfusion vilket ger stöd till informantens påstående om att patienter som drabbas av ett hjärtstopp kan få kognitiv

påverkan relaterat till syrebrist i hjärnan. Med en kognitiv nedsättning kan patienten ha svårare att vara följsam till sin behandling. Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver att sjuksköterskan ska se till patientens unika behov och förutsättningar. När en patient saknar förutsättningarna att ta till sig större mängder information bör informationen minskas ned och anpassas efter de kognitiva förutsättningarna.

Okunskap

Det upplevs finnas ett stort problem med okunskap hos patienterna. Informanterna i den här studien nämner att patienterna har låga kunskaper om hur vården är organiserad och låga kunskaper om människokroppen. Okunskapen leder till att de inte vet hur olika behandlingar påverkar dem. När behandlingar inte ger omedelbar effekt gör okunskapen det svårt för patienterna att se sambanden mellan hälsa och behandling. När patienterna inte vet varför de är på besök hos sjukvården kan det tänkas att det blir svårmotiverat att komma på besöket och därmed lättare att utebli. Informationen bör anpassas så som Svensk sjuksköterskeförening (2017) förespråkar att informationen ska anpassas efter individens förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Det kan innebära grova förenklingar eller använda sig av liknelser. I King-Shier et al. (2017) skriver de om att patienter är mer följsamma om de får höra hur följsamhet och icke-följsamhet påverkat andra patienter i liknande situationer. De patienterna berättar om hur hopp om en bättre framtid och rädsla för hur det kan gå om de inte är följsamma påverkat deras adherence positivt. Ok et al. (2015) och Chan et al. (2018) tar upp bristen på kunskap som en bidragande faktor för låg adherence.

En del patienter önskar enligt King-Shier et al. (2017) rakare direktiv från sina läkare och i denna studie visar det sig att det kan bli problematiskt när besök uttrycks som erbjödanden. Författarna till den här studien resonerar kring att det kan bero på att det upplevs som mindre viktigt att gå på besöken när de uttrycks på det sättet. Nguyen et al (2017) skriver att en del patienter vill lämna över beslut på sjukvården eller anhöriga. Patienterna förlitar sig då på vårdgivarens kunskap och expertis.

Författarna till studien tänker sig att en patient som inte vill vara delaktig i utformningen av sin vård och hela tiden uppmanas redogöra för sin inställning till behandlingen kan tänkas förlora tillit och förtroende för vårdgivaren. Den patienten som önskar ett auktoritativt bemötande och önskar lämna över ansvaret för utformningen till sjukvården får då en negativ upplevelse och kan uppleva att den inte blir lyssnad på. Patienter som upplever att de inte blir lyssnade på har enligt King-Shier et al. (2017) sämre adherence.

Genom personcentrerad vård hjälper sjuksköterskan patienten att åskådliggöra sin förmåga, öka kunskap och stärka självförtroende. Samtidigt utbildas patienten fortlöpande för att öka den egna förmågan till att fatta välgrundade beslut i partnerskap med sjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I personcentrerad vård ska patienten ses ur ett holistiskt perspektiv och som en person med egen vilja och förmåga (Fossum, 2013). När en patient vill lämna över beslutsfattandet ska den viljan också respekteras. Inom personcentrerad vård ska patienten ges förutsättningar att fatta ett informerat beslut kring sin vård samtidigt ska patientens vilja tas i beaktning. Därför kan också ett delvis övertagande av beslutsfattandet falla inom ramen för personcentrerad vård. Då patienten ska ses som en kulturell varelse ska patientens kultur beaktas. Om patientens kulturella uppfattning är att vården ska vara auktoritär och direkt i sitt bemötande, uppstår en kulturkrock och patientens förtroende för vården riskerar att försvagas.

Kultur

Hur patienter uppfattar tid kan påverka följsamheten till både medicinsk behandling och uteblivande till besök. I studien framkommer det att det finns patienter som har svårt att förhålla sig till fasta tider vilket kan ha att göra med det som Helman (2007) skriver att det finns olika synsätt på tid. Helman (2007) delar upp det i en polykronisk och en monokronisk tidsuppfattning. Med en polykronisk tidsuppfattning blir det svårt att hålla tiderna för besök och behandling som styrs av en monokronisk tidsuppfattning. Det här är en faktor som kan vara till nytta att känna till för vårdpersonal. Utan den förförståelsen har personalen svårt att förstå varför patienter blir sena och patienter förstår inte varför de inte kan tas emot när de är sena. Det behöver inte föreligga en nonchalans eller en uppfattning av att det inte är viktigt att passa tider utan det kan vara den polykroniska tidsuppfattningen. Det kan vara en relation som patienten väljer att vårda samtidigt som patienten ska på sitt besök så enligt sitt sätt att se på tid är denne inte sen till besöket utan är effektiv som får två saker gjorda på samma gång (Helman, 2007).

Närstående

I studien framkommer det att anhöriga både är en tillgång men också ett hinder för behandlingen. När anhöriga vill vara snälla och hjälpa till med olika vardagsmoment kan det påverka patienten negativt då de inte får den lilla träningen som de skulle må bra av. Här finns ett behov av att involvera närstående i behandlingen. Svensk sjuksköterskeförening (2017) tar upp att sjuksköterskan har ett utbildningsansvar gentemot patienten och dess anhöriga. Utbildning av anhöriga leder till att de får kunskaper om patientens tillstånd och behandling för att hjälpa patienten att öka följsamheten och skapa en medvetenhet kring att allt underlättande för patienten inte är av godo.

Sjukvårdssystemet

Informanterna i studien påtalar att det finns ett problem med avsaknad av medicinlistor. Om patienterna och samtlig vårdpersonal som behandlar patienten kan se en aktuell medicinlista upplevs det kunna underlätta följsamheten till behandlingen. För att komma till rätta med detta kan det tänkas behövas en teknisk förändring så läkare slipper dubbeldokumentation och att medicinlistan följer med när patienten skickas till olika vårdinrättningar.

Informanterna påtalar att tolkningen för det mesta fungerar väl. Emellanåt upplever de dock att tolkningen brister. Författarna till denna studie vet inte om det är professionella tolkar eller inte som detta rör. Däremot skriver Hansen (2007) om problematiken med användandet av oprofessionella tolkar. Och att det kan bli fel med hänvisning till olika kulturella kontexter.

Informanterna talar även om kallelserna som ett problem, där arbetar sjukhuset idag med att komplettera kallelserna med smspåminnelser. Det kan tänkas finnas en nytta i att komplettera brev med flera kontaktvägar.

Samhällsbarriärer

Det framkommer även att det finns hinder i att besöka mottagningen relaterat till vårdens arbetstider. Patienter som förvärvsarbetar och arbetar så kallad kontorstid, 08–17, kan ha svårt att besöka mottagningen då de förlorar arbetsinkomst. Den här barriären nämns även av Resurrección et al. (2017) i deras undersökning. Här kan det tänkas att det behövs kvällstider för att den här gruppen av patienter lättare ska kunna få vård. Vidare har det framkommit i resultatet att möjligheten för patienter att boka sin egen tid är ett sätt att minska uteblivande besök. Författarna ställer sig frågandes ifall det kan skapa en ytterligare barriär och göra det svårare att nå vården. Det kan tänkas vara viktigt om självbokning implementeras att det ska

vara enkelt att boka både via dator och telefon. Det skapar också ett extra moment och mer arbete för patienten och vården.

De snabba tekniska utvecklingarna i samhället kan bli barriärer för de som inte riktigt har förmåga att följa med i den. Det finns ett behov av att behålla gamla lösningar som mindre tekniska patienter kan falla tillbaka på som komplement till de nya tekniska lösningarna. Exempelvis när patienterna ringer via telefon skulle de bara kunna vänta sig förbi menyvalen och få hjälp. Det kan också tänkas vara en möjlighet att få hjälp med att boka tider i receptionen utan att patienten själv behöver nyttja dator eller telefon. Nguyen et al. (2017) skriver att tekniken kan bli en barriär när patienterna inte förstår sig på tekniken eller när den inte fungerar.

Slutsats

Följsamhet till behandling och besök påverkas av flera faktorer och är komplext vilket visas i den här studien. Flera av de faktorerna som den här studien funnit har dessutom beskrivits av andra forskare i deras studier kring adherence. I studien framkommer det inte vilka faktorer som har störst inverkan. Här behövs vidare forskning för att ta reda på vilka det vanligaste faktorerna för uteblivandet och icke-följsamhet för att kunna rikta åtgärder mot dessa. Därefter behövs interventionsstudier för att finna effektiva åtgärder mot problemen.

Denna studie bidrar till att belysa ett antal faktorer som vårdpersonalen upplever påverka följsamheten. Studien fann att faktorerna kan grupperas i tre kategorier. Den första kategorin berör faktorer som sjukvården tillsammans med patienten kan påverka. Inom den första kategorin bör sjuksköterskan bli mer uppmärksam på att hjärtsviktpatienter kan begränsas i sin följsamhet relaterat till psykisk ohälsa. Sjuksköterskan bör ställa frågor som rör patientens psykiska välmående och erbjuda samtal med kurator. Patienten kan ha en kognitiv nedsättning kopplat till sin sjukdom vilket bör beaktas i kommunikation och bemötande. Patienter som är sjuka men har en god hälsa bör få det tydligt förklarat att det är en progressiv sjukdom som är viktig att behandla. Sjuksköterskan behöver vara lyhörd för vilka aktiviteter som påverkar patientens möjligheter att besöka mottagningen. Dessa kan exempelvis vara förvärvsarbete, studier eller långsamma morgonrutiner. Patienter kan tänkas söka alternativa eller kompletterande behandlingar som inte stöds av evidens på annat håll via sin bekantskapskrets, internet eller vård i andra länder, vilket sjuksköterskan behöver vara uppmärksam på.

Den andra kategorin är faktorer som ligger bortom patientens kontroll men som sjukvården kan påverka. Sjuksköterskan behöver komma ihåg att patienten kan ha bristande förståelse för sjukvårdssystemets uppbyggnad och vilka instanser som ansvarar för vad. Det är därför viktigt att klarlägga vad det nuvarande och kommande mötet ska handla om och var personen kan vända sig till för att få ytterligare hjälp. Sjuksköterskan tillsammans med läkaren behöver se till att patienten har en uppdaterad medicinlista att utgå ifrån för klara av att följa sin medicinering. De behöver även klargöra för patienten hur länge olika läkemedelsbehandlingar ska pågå och att när ett recept är slut är patienten ansvarig att meddela att det behöver förnyas. Sjukvården bör komplettera sina kallelser med sms-påminnelser och i slutet av besöken påminna när och vem patienten ska träffa vid nästa besök om det finns inplanerat.

Den tredje kategorin är faktorer på samhällsnivå som till stor del ligger bortom patientens och sjukvårdens kontroll. Inom den tredje kategorin kan sjukvården skapa möjligheter för att

besöken inte ska innebära förlorad inkomst genom att boka in besöken på tider när patienten inte arbetar. För att kunna göra det kan det finnas behov av att sjukvården kunna erbjuda tider utanför kontorstid.

Fokus bör därför inte enbart ligga på patienten utan breddas för att finna lösningar som förbättrar följsamhet. Sjukvården och samhället i stort är en viktig och bidragande part som kan skapa förutsättningar och tillvarata en drivande roll i följsamhetsarbetet. Det är viktigt att sjuksköterskor arbetar utefter ett personcentrerat arbetssätt och samtidigt är lyhörda för patienter som inte önskar vara delaktiga i utformningen av sin behandling men likväl uppnår en acceptabel nivå av följsamhet. Kan följsamheten öka frigörs resurser så att fler patienter kan få tillgång till vård och folkhälsan kan förbättras.

Referenser

- Ahmed, R., & Aslani, P. (2014). What is patient adherence? A terminology overview. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(1), 4-7. doi:10.1007/s11096-013-9856-y
- Angereds Närsjukhus. (2010). *Behovsanalys för Angereds Närsjukhus - ur ett befolkningsperspektiv*. Göteborg: Angereds Närsjukhus.
- Aronson, J. K. (2007). Editors' view. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 383-384. doi:10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x
- Brennan, E. J. (2018). Chronic heart failure nursing: integrated multidisciplinary care. *British Journal of Nursing*, 7/1/2018; 27(12), 681-688. doi: 10.12968/bjon.2018.27.12.681
- Chan, A., Kinsman, L., Elmer, S., & Khanam, M. (2018). An integrative review: adherence barriers to a low-salt diet in culturally diverse heart failure adults. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 37-47.
- Cohen S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing forum*, 44(1), 25–36. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ Forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 330-343). Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (s. 199-219). Lund: Studentlitteratur.
- Graven L. J., Grant J. S., Vance D. E., Pryor E. R., Grubbs L., & Kairoth S., (2015). Predicting Depressive Symptoms and Self-care in Patients with Heart Failure. *American Journal of Health Behavior*, 39(1), 77-87. doi:/10.5993/AJHB.39.1.9
- Hansen I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle, 3:e upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson Scherman, M., & Friberg, F. (2011). Patienten gör inte som jag vill. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (Red.), *Den lärande patienten* (s.15-35). Lund: Studentlitteratur...
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness 5th edition*. London: Hodder Arnold.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-160). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hjärt-lungfonden. (2017). *Hjärtrapporten*. Stockholm: Hjärtlungfonden.

Holmqvist, G., & Nyman J. (2017, 26 november) Uteblivna vårdbesök kostar över 400 miljoner kronor. *VGR Fokus*. Hämtad 2018-10-16 från <https://vgrfokus.se/2017/11/uteblivna-vardbesok-kostar-400-miljoner-kronor/>

King-Shier, K. M., Singh, S., Khan, N. A., LeBlanc, P., Lowe, J. C., Mather, C. M., Chong, E., & Quan, H. (2017). Ethno-Cultural Considerations in Cardiac Patients' Medication Adherence. *Clinical Nursing Research*, 26(5), 576–591. doi: 10.1177/1054773816646078

Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Graneskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-199). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2015). *Läkemedelsboken – Hjärtsvikt*. Hämtad 2018-12-14 från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html>

Miller-Matero L. R., Burkhardt Clark K., Brescacin C., Dubaybo H. & Willens D. E., (2016) Depression and literacy are important factors for missed appointments. *Psychology, Health & Medicine*. 21(6), 686-695. doi:10.1080/13548506.2015.1120329

Mitchell R. N. (2012). Heart. In V. Kumar, A. K. Abbas, & J. C. Aster (Ed.), *Robbins Basic Pathology* (p. 365-406). Philadelphia: Saunders.

Nguyen L., Keshavjee K., Archer N., Patterson C., Gwandry-Sridhar F., Demers C., (2017). Barriers to technology use among older heart failure individuals in managing their symptoms after hospital discharge. *International Journal of Medical Informatics*, 105(2017), 136-142. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.06.001

Ok, J., S., & Choi H. (2015). Factors Affecting Adherence to Self-care Behaviours among Outpatients with Heart Failure in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27(2), 242-250. doi: 10.7475/kjan.2015.27.2.242

Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods : Integrating theory and practice* (4.th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Resurrección, D. M., Motrico, E., Rigabert, A., Rubio-Valera, M., Conejo-Cerón, S., Pastor, L., & Moreno-Peral, P. (2017). Barriers for Nonparticipation and Dropout of

- Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. *Journal of Women's Health* (15409996), 26(8), 849–859. doi: 10.1089/jwh.2016.6249
- Rydberg, E., & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall., & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (s.215-259). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2016). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård - Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Västra Götalands Regionen. (2005). *Vision Västra Götaland - Det goda livet*. Göteborg: Västra Götalands Regionen.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2018-11-28 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide, innehåller intervjuguiden för den större studien.

Bilaga 2: Information till deltagarna, innehåller informationen för den större studien.

Bilaga 3: Komplettering till intervjuguide.

Bilaga 1

Intervjuguide till studien: Den totala smärtan och dess hantering vid kronisk smärta eller hjärtsvikt vid Angereds närsjukhus

I intervjuerna ställs öppna frågor, enligt nedan, och därefter följdfrågor beroende på hur informanterna svarar.

För patienter med kronisk smärta:

- Kan du berätta om hur det är att leva med kronisk smärta.
Alt. Kan du berätta om din vardag med smärta.
- Kan du beskriva din smärta.

- Upplever du andra symtom än smärta?
- Hur påverkas ditt liv av smärtan? Fysiskt, tankar, känslor?
- Vad lindrar dina upplevelser och din situation?
- Vad förvärrar dina upplevelser och din situation?

För patienter med hjärtsvikt:

- Kan du berätta om hur det är att leva med hjärtsvikt.
Alt. Kan du berätta om din vardag med hjärtsvikt.
- Hur påverkas ditt liv av hjärtsvikten? Fysiskt, tankar, känslor?
- Vad lindrar dina upplevelser och din situation?
- Vad förvärrar dina upplevelser och din situation?

För alla patienter:

- Hur hanterar du din vardag?
- Kan du berätta av din erfarenhet av vården?
- Hur har du blivit bemött av personalen?
- Vilka förväntningar hade du när du första gången sökte vård?
- Vad hade du önskat av vården?

För personalen:

- Kan du berätta om din erfarenhet av att arbeta med personer med kronisk smärta/hjärtsvikt?
- Hur länge har du arbetat med personer med kronisk smärta/hjärtsvikt?

- Hur kan man på bästa sätt hjälpa patienter med kronisk smärta/hjärtsvikt?
- Vad är dina egna upplevelser av att arbeta med patientgruppen?

Frågor till hjärtstudien *den 10 maj 2018*

Personal

1. Vad tror ni är orsaken till att patienten inte dyker upp på bokade tider?
2. Hur kontaktar ni patienterna?
3. Hur informerar ni patienterna inför tidbokning? Vilken information ges till patienterna inför tidsbokning?
4. Hur hanterar patienten information och hur tror ni att den påverkar dem?
5. Frågar ni varför patienterna uteblir?
6. Vad har ni för erfarenheter av anledningar eller ursäkter till uteblivna möten?
7. Vad uttrycker patienterna för anledningar vid uteblivna möten?
8. Vilka barriärer eller hinder ser ni hos patienter som försvårar compliance?
9. Vilka barriärer eller hinder ser ni i lokalsamhället som påverkar compliance?
10. går det att skönja olika grupper utifrån ålder, kön, livssituation eller någon annan faktor som sticker ut när det gäller uteblivna tider?

Patienter

1. Patienters upplevelse av välbefinnande/livskvalité.
2. Patienters upplevelse av begränsningar i vardagslivet.
3. Patienters upplevelse av rädsla/oro.
4. Patientens självuppfattning av problem relaterat till sjukdomen.

Bilaga 2

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojektet Kronisk smärta och hjärtsvikt vid Angereds närsjukhus. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Både hjärtsvikt och kronisk smärta är tillstånd som drabbar många människor och bidrar till ett stort lidande i samhället. Att leva med kronisk smärta eller hjärtsvikt får ofta konsekvenser för personens vardag och upplevelser och påverkar tankar och känslor. Många behöver anpassa livet efter sjukdomen. Det kan variera hur man upplever bemötandet i vården och vilka förväntningar man har på vården. Det övergripande syftet är att beskriva hur patienter med långvarig smärta eller hjärtsvikt upplever sin livssituation och vilka strategier som används för att hantera situationen. Du tillfrågas eftersom du är inskriven på antingen smärtmottagning eller hjärtmottagning vid Angereds närsjukhus.

Forskningshuvudman för projektet är Västra Götalandsregionen, Angereds närsjukhus. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras genom intervjuer. Beräknad tid för intervjun är 30-60 minuter. Intervjun kommer att ske i Angereds närsjukhus lokaler i ett avskilt rum. Frågor om hur du upplever din situation och hur din vardag påverkas av sjukdomen. Frågor om din upplevelse av vården kommer också att ställas. Om du tillåter kommer vi att spela in intervjun för att bättre kunna ta vara på det du berättar.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

De risker som finns med att delta i studien är att det kan kännas obehagligt att berätta om sin situation. Om du upplever intervjusituationen obehaglig kan du närsomhelst avbryta intervjun utan att det på något sätt kommer att påverka din vård. Du kan också ta kontakt med huvudansvariga för studien om det är något du känner att du behöver prata om efter intervjun.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig.

De uppgifter vi kommer att samla in om dig är de uppgifter vi ber dig lämna om ålder, kön, i vilket land du är född. Inga uppgifter om dig kommer att kunna knytas till dig som person. Det inspelade materialet kommer att förvaras i lösenordsskyddade datorer vid Göteborgs universitet och kommer inte att kunna knytas till dig som person.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Västra Götalandsregionen, Angereds närsjukhus. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Ingela Henoch, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg, 031-786 60 92.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du vill ha information om dina individuella data som är insamlade eller om hela studien så kontakta nedanstående ansvariga forskare.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning utgår för att delta i studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Ansvarig för studien är

Ingela Henoch	Susann Strang
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa	Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457	Box 457
405 30 Göteborg	405 30 Göteborg
Tel. 031-786 6092	Tel. 031-786 60 39
Ingela.henoch@gu.se	Susann.Strang@gu.se
	Louise Danielsson

	<p>Angereds Närsjukhus</p> <p>Forskning och utvecklingsenheten</p> <p>Angereds Närsjukhus</p> <p>Box 63</p> <p>424 22 Angered</p> <p>031- 332 68 76</p>
--	---

Page Break

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien **Kronisk smärta och hjärtsvikt vid Angereds närsjukhus**

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift

Information har givits av:

Plats och datum	Underskrift

Bilaga 3

Vad tror ni är orsaker till att patienter uteblir från sina besök?

- Kontaktvägar - kommer informationen fram
- Tid mellan bokning och besök
- Språk
- Tidpunkter på året
- Veckodag
- Tidpunkt på dygnet
- Kön
- Kulturell/etnisk bakgrund
- Ålder
- Information kring besök
- Psykisk hälsa
- Missbruk
- Kontakt vårdgivare-vårdtagare
- Attityder
- Otrygghet
- Transport till och från
- Information om hälsotillstånd från tidigare besök

Vad tror ni är det vanligaste?

Frågar ni patienter varför de uteblir?

Hur tror ni att man kan möjliggöra för att fler ska dyka upp på sina besök?

