



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt

En intervjustudie med sjuksköterskor i hemsjukvården om deras erfarenhet av äldre patienters utförande av egenvård vid hjärtsvikt.

Ikram Abdulle
Khamida Mulikova

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre/ Examensarbete för magister i omvårdnad 15hp, / OM5390
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Titel svensk:	Äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt En intervjustudie med sjuksköterskor i hemsjukvården om deras erfarenhet av äldre patienters utförande av egenvård vid hjärtsvikt.
Titel engelsk:	Elderly patients self-care for heart failure An interview study with nurses in home care about their experience the performance of self-care of older patients with heart failure.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hanna Falk Erhag
Nyckelord:	Hjärtsvikt, egenvård, äldre patienter, hemsjukvårdssjuksköterskor.

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtsvikt är en av de vanligaste sjukdomarna hos äldre personer och en vanlig orsak till inläggning på sjukhus. Patienter med hjärtsvikt behöver sjukdomsspecifik undervisning/information för att anpassa sin livssituation till sitt kroniska tillstånd och utföra egenvård i hemmet. För att bättre kunna förstå hur patienterna uppfattar den information och undervisning de får om egenvård under sjukhusvistelse, undersöktes hur sjuksköterskor i hemsjukvården erfar patienternas utförande av egenvård.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka hemsjukvårdssjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt efter utskrivning från slutenvården till hemmet.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats användes. Tre distriktssköterskor och tre sjuksköterskor utan specialistutbildning intervjuades. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna med fokus på det manifesta innehållet.

Resultat: Resultatet presenterades i två kategorier med tillhörande subkategorier: *Svårigheter att bedriva egenvård* med fem subkategorier: *Bristande information, bristande kunskap, fysisk oförmåga, kognitiv svikt och avsaknad av motivation samt möjligheter till god egenvård* med tre subkategorier: *God information, motivation och förmåga samt sjuksköterskans stöd*. Sedan bildades det övergripande temat *egenvård vid hjärtsvikt*.

Slutsats: Studieresultatet visar att sjuksköterskor i hemsjukvården uppfattar att patienterna får bristfällig information vid sjukhusvistelse. Äldre patienter med hjärtsvikt är i stort behov av stöttning av sjuksköterskan för att bedriva egenvård. Denna studie kan användas för att förbättra information/undervisning för äldre patienter med hjärtsvikt när de vårdas inom slutenvård för försämring av hjärtsvikt.

Nyckelord: Hjärtsvikt, egenvård, äldre patienter, hemsjukvårdssjuksköterskor.

Abstract

Background: Heart failure is one of the most common diseases in elderly people and a common cause of hospitalization. Patients with heart failure need disease-specific education/information to adapt their life situation to their chronic condition and to perform self-care at home. In order to understand better if the patient received the information and is educated about self-care during the hospitalization period. We investigated how home care nurses experienced the patients' performance of self-care.

Aim: The purpose of the study was to investigate home care nurses' experience of the self-care of elderly patients with heart failure after discharging them to home.

Method: A qualitative interview study with inductive approach was used. Three district nurses and three nurses with undergraduate education were interviewed. Qualitative content analysis was used to analyse the interviews focusing on the manifested content.

Result: The result was presented in two categories with associated subcategories:

Difficulties in self-care with five subcategories: Lack of information, lack of knowledge, physical inability, cognitive failure and lack of motivation. Opportunities for good self-care was of three subcategories: Good information, motivation and ability and nurses' support. Then the overall theme of self-care at heart failure was formed.

Conclusion: The study results show that home care nurses perceive that patients receive inadequate information during the hospitalization period. Elderly patients with heart failure greatly need the support of the nurse to conduct self-care. This study can be used to improve information/education for elderly patients with heart failure during hospital stay.

Keywords: Heart failure, self-care, elderly patients, home care nurses.

Förord

Vi vill tacka alla sjuksköterskor som ställde upp som deltagare i vår studie. Tack för att ni har givit en del av er tid och för att ni har delat med er av era värdefulla erfarenheter som gjorde vårt arbete möjligt. Vi vill även tacka vår handledare Helle Wijk för god handledning och snabb respons. Vi vill också tacka våra familjer som har stöttat oss genom hela processen. Slutligen vill vi tacka våra kollegor som har ställt upp för pilotintervjuerna.

TACK! Ikram och Khamida

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Hjärtsvikt hos äldre.....	1
Patientens upplevelse av hjärtsvikt.....	2
Egenvård vid hjärtsvikt.....	3
Sjuksköterskans ansvar för egenvård vid hjärtsvikt	4
Personcentrerad vård	5
Teoretisk ram	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	8
Metod.....	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Egenvård vid hjärtsvikt.....	11
Svårigheter att bedriva egenvård	11
Bristande information.....	11
Bristande kunskap	12
Fysisk oförmåga	13
Kognitiv svikt.....	13
Avsaknad av motivation.....	14
Möjligheter till god egenvård.....	14
God information	14
Motivation och förmåga.....	15
Sjuksköterskans stöd	16
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17

Resultatdiskussion	19
Slutsats.....	22
Implikationer och överförbarhet till praxis	22
Förslag till vidare forskning.....	22
Referenslista	23
Bilagor.....	30
Bilaga 1 Brev till Verksamhetschefen inom hemsjukvården i Säffle kommun.....	30
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation.....	31
Bilaga 3 Intervjuguide.....	33

Inledning

I vårt arbete inom slutenvården vårdar vi bland andra äldre patienter med hjärtsvikt. Denna patientgrupp återinläggs gång på gång med samma typ av symtom. Detta är dels beroende på sjukdomsprogressen men i de flesta fall beror det på brister i egenvården trots att patienterna får information om hur de ska bedriva egenvård efter utskrivning, när de är under sjukhusvistelsen. Patienterna får kontinuerligt information om egenvård där personal förklarar vikten av vätskerestriktion, symtomövervakning och följsamhet av läkemedelsordination. För att bättre kunna förstå hur patienten uppfattar den information och undervisning de får om egenvård vid hjärtsvikt på sjukhuset, väljer vi att undersöka hur sjuksköterskor i hemsjukvården erfar patienternas utförande av egenvård, eftersom det är de som bedömer patientens egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov i hemmet.

Bakgrund

Hjärtsvikt hos äldre

Medellivslängden i Sverige har ökat stadigt de senaste decennierna och år 2060 beräknas var fjärde person vara över 65 år (Statistiska Centralbyrån, 2015). Med stigande ålder ökar risken för sjukdom och ohälsa. Vi lever allt längre med svår sjukdom och vi kan behandla allt mer komplexa tillstånd. Hjärtsvikt är en vanlig sjukdom hos äldre personer, cirka 200 000 personer har i Sverige hjärtsviktsdiagnos. Incidensen av hjärtsvikt är hög hos äldre personer, cirka 90 % av personer med hjärtsvikt är över 65 år och medelåldern för att få diagnosen är 75 år (Riks Svikt, 2018). I åldersgruppen över 80 år har cirka tio procent symptomgivande hjärtsvikt. Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus hos personer över 65 år (Läkemedelsverket, 2006).

Hjärtsvikt är ett tillstånd där hjärtats pumpförmåga inte kan försörja kroppens organ med nödvändig mängd blod. Enligt rekommendation från The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology kan hjärtsvikt definieras utifrån följande tre kriterier som måste vara uppfyllda (Dickstein et al., 2008).

1. Symtom som är typiskt vid hjärtsvikt är till exempel andfåddhet i vila eller efter ansträngning och trötthet
2. Tecken som är typiska vid hjärtsvikt är t.ex. takykardi och perifera ödem
3. Objektiva bevis på en funktionell abnormitet är t.ex. avvikelse i ekokardiogrammet (Dickstein et al., 2008).

Etiologin bakom hjärtsvikt är i majoriteten av fallen, ischemisk hjärtsjukdom, som tillsammans med hypertoni utgör 75 procent av orsakerna till hjärtsvikt. Även andra hjärtsjukdomar som klaffsjukdomar, hjärtarytmier och myokardit kan orsaka hjärtsvikt. Dessutom kan icke-kardiella orsaker som anemi, infektion, diabetes, tyreoidesjukdomar och alkohol utlösa hjärtsvikt (Läkemedelsverket, 2006). Trötthet och andfåddhet är de vanligaste symtomen vid hjärtsvikt (Dickstein et al., 2008). Tröttheten hos patienter med hjärtsvikt kan beskrivas som en extrem trötthet som yttrar sig i hela kroppen oberoende av

ansträngningsgrad (Strömberg, 2005). Andra vanliga symtom är orkeslöshet, ödemtendens, viktuppgång, muntorrhet och depression (Beckelman et al., 2007). Symtom vid hjärtsvikt är svårt att bedöma hos äldre (Dickstein et al., 2008), många äldre patienter tolkar sina hjärtsviktssymtom som en del av åldringsprocessen (Lam & Smeltzer, 2013). Därför krävs erfarenhet och skicklighet. De kliniska tecknen på hjärtsvikt bör bedömas vid en noggrann undersökning inklusive observation, palpation och auskultation. Den kliniska misstanken om hjärtsvikt måste sedan bekräftas av mer objektiva undersökningar speciellt inriktade på bedömning av hjärtfunktionen (Dickstein et al., 2008). Socialstyrelsen (2015) rekommenderar att patienter med hjärtsvikt klassificeras i fyra funktionsgrupper enligt New York Heart Association (NYHA):

- Klass I: ingen funktionsinskränkning.
- Klass II: lätt hjärtsvikt där fysisk aktivitet vid mer än måttlig ansträngning leder till trötthet, hjärklappning eller dyspné.
- Klass III: medelsvår hjärtsvikt med symtom redan vid lätt till måttlig ansträngning.
- Klass IV: svår hjärtsvikt med symtom även i vila.

Hjärtsvikt oavsett bakomliggande orsak är ett allvarligt tillstånd med hög dödlighet (Socialstyrelsen, 2015). Prognosen vid kronisk hjärtsvikt är sämre än för flera vanliga cancersjukdomar, med en mortalitetsrisk på 59 procent inom fem år (Stewart, Ekman, Ekman, Odén & Rosengren, 2010). Livskvaliteten hos hjärtsviktspatienter är nedsatt i större utsträckning än vid andra kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2015). Tidig och korrekt diagnostik, modern läkemedelsbehandling, icke-farmakologisk behandling samt bättre poliklinisk uppföljning kan förbättra prognosen och livskvaliteten påtagligt (Socialstyrelsen, 2015).

Patientens upplevelse av hjärtsvikt

Att få diagnosen hjärtsvikt medför att ens livssituation förändras och att självständigheten påverkas av tilltagande trötthet. Patienterna upplever sin livssituation som osammanhängande när deras fysiska förmåga förändrades. Detta leder till en känsla av att vara fångslade av sjukdomen (Heo, et al., 2019). Att leva med otillräcklig energi och att inte känna sig utvilad någon gång under dygnet leder till upplevelsen av värdelöshet och att vara en belastning för andra (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008). Personer med hjärtsvikt blir nedstämda och deprimerade på grund av förlusten av sin självständighet och rollförändring samt på grund av andra stressfaktorer som sjukdomen medför (Lockhart, Foreman, Mase, & Heisler, 2014; Sacco, Park, Suresh & Bliss, 2014). Aldred et al. (2005) & Boyd et al. (2004) menar att diagnos bör vara en utgångspunkt för patienterna att lära sig om sjukdomen och förväntad behandling. Författarna menar att personen bör få möjlighet att utforska hur de ska bli involverade i den egna vården. Patienterna upplever brist på information, en bristfällig dialog mellan patient och vårdpersonal samt känner sig övergivna (Andersson, Eriksson & Nordgren, 2012). De har otillräcklig information om orsaken till sjukdomen, dess symtom, behandling och konsekvenser. (Horowitz, Rein & Leventhal, 2004; Andersson, Eriksson & Nordgren, 2012). Gerlich et al. (2012) visar i sin studie att patienterna uttrycker önskan om information om sjukdomen. Samtidigt noteras att flera patienter har informerats om sin sjukdom, men patienternas förståelse för sin sjukdom verkar ganska ospecificerad.

Patienternas sociala aktiviteter minskar ofta på grund av sjukdomen. Vissa patienter upplever att de är för utmattade för att aktivt hålla kontakt med sina vänner (Gerlich et al, 2012). Flera patienter upplever ensamhet eftersom de inte orkar ha det sociala nätverk som de hade innan de drabbades av sjukdomen. Många patienter upplever rädsla för att bli beroende av andra, att vara en börda för sina barn och att förlora sitt självbestämmande (Gerlich et al., 2012; Hägglund et al., 2008; Rodriguez et al., 2008). Å andra sidan upplever patienterna att de har möjlighet att omvärdera sina liv och göra förändringar i sina relationer (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007). Många studier rapporterar att patienter hittar nya sätt att ta sig genom dagen och lär sig att leva med hjärtsvikt. Studierna visar att patienter med hjärtsvikt kan utföra mer än vad de tror trots sina begränsningar. Detta genom att planera sin verksamhet för att använda sin energi på bästa möjliga sätt (Li, Chang & Shun, 2019). En studie Li & Shun (2016) visar att patienterna har anpassat sig till sjukdomen genom att planera sin vardag eller göra faktiska livsstilsförändringar. Costello & Boblin (2004) konstaterar att patienterna upplever frustration eftersom livsstilsförändringarna inte alltid påverkar symtomen på ett positivt sätt.

Egenvård vid hjärtsvikt

Vid behandling av hjärtsvikt som syftar till att bevara normal funktion och välbefinnande är egenvård en viktig del (Lainscak et al., 2011). Egenvård innefattar patientens förmåga att känna igen symtom, agera med lämplig behandling och sedan bedöma om behandlingen är effektiv (Bidwell et al., 2015). Vid egenvård av hjärtsvikt gäller det att patienten är följsam beträffande motion, kost, medicinering och symtomövervakning (Bidwell et al., 2015; Graven & Grant, 2014). För att kunna genomföra egenvård behöver patienten ha kunskap om hjärtsviktens bakgrund och orsakerna till de vanligaste symtomen (Ponikowski et al., 2016). Det krävs att patienter kan känna igen symtom och tecken på försämring av hjärtsvikten för att vidta åtgärder. Dessutom innebär det att förhindra infektionsrelaterade försämringar genom influensa -och pneumokockvaccinering, att minska alkoholintag och införa totalt rökstopp (Lainscak et al., 2011). En viktig del i egenvård är patientens förmåga att hantera läkemedel och att följa läkemedelsordination. Bristande följsamhet beträffande läkemedelsordinationer orsakar återinläggning på sjukhus på grund av försämring av hjärtsvikt (Lyngå, Rosenqvist & Langius-Eklöf, 2011). Patienter bör ha kunskap om sin läkemedelsbehandling beträffande vilka läkemedel som är ordinerade, aktuell dosering och läkemedelseffekter. I synnerhet bör patienter få noggrann ordination angående hur diuretikadosen kan justeras utifrån symtom som viktuppgång, dyspné och ödem (Ponikowski et al., 2016).

Utöver de farmakologiska åtgärderna bör patienten kunna vidta icke-farmakologiska åtgärder (Lainscak et al., 2011). Regelbunden viktmätning rekommenderas vid hjärtsvikt för att upptäcka eventuell vätskeansamling. Även effekten av hjärtsviktsbehandlingen följs av patienten med viktkontroller. Dessa bör utföras allt från en gång per dag vid samma tidpunkt till två gånger per vecka. Patienten måste vara uppmärksam på viktuppgång samt symtom och tecken på vätskeretention som dyspné och ödem. Vid plötsliga förändringar i kroppsvikten, mer än två kg på tre dagar, kan en extra diuretikados intas. Om detta inte har effekt bör kontakt tas med läkare eller sjuksköterska (Ponikowski et al., 2016).

Att upprätthålla en normal vätskebalans är ett av huvudproblemen för patienter med hjärtsvikt. Övervätskning kan försämra symtom vid hjärtsvikt på grund av ökad volymsbelastning på den redan nedsatta hjärtfunktionen. Vid detta tillstånd krävs ofta

sjukhusinläggning med behandling med intravenös diuretika samt salt- och vätskerestriktion. Patienter med hjärtsvikt bör kontrollera sitt vätskeintag. Vid svårare hjärtsvikt rekommenderas reducerat vätskeintag till 1,5–2.0 liter/dygn (Lainscak et al., 2011). Hjärtsviktspatienter bör vara restriktiva med salt på grund av att salt binder vätska, framför allt vid svårare hjärtsvikt till max 6 g per dygn (Ponikowski et al., 2016). Å andra sidan kan volymförlust på grund av olika tillstånd (till exempel feber, diarré eller kräkningar), överanvändning av diuretika eller patientens otillräckliga vätskeintag leda till en annan uppsättning av symtom som hypotoni, yrsel och slöhet. En studie av Philipson et al. (2013) visar att patienter med måttlig till svår hjärtsvikt som har begränsat sitt vätskeintag till 1,5 liter och saltintag till max 5 g per dygn får färre symtom och dessa begränsningar har inte negativa effekter på aptiten eller livskvaliteten samt medför inte ökad törst. Patienter med hjärtsvikt bör rekommenderas fysisk träning som ökar muskelstyrka, förbättrar funktionsförmåga och ökar livskvalitet. Träningen ska vara anpassad till den enskilde patienten och följas noggrant gärna med hjälp av fysioterapeut (Lainscak et al., 2011).

Sjuksköterskans ansvar för egenvård vid hjärtsvikt

Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt till att få information om sitt hälsotillstånd samt metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Informationen ska anpassas till patientens ålder, mognad, erfarenhet och andra individuella förutsättningar. Förutsättningar för att behandlingen vid hjärtsvikt ska få effekt är bland annat att patienten blir välinformerad. Det sker via patientutbildning om hjärtsvikt och egenvård (Socialstyrelsen 2015). Det är en del av sjuksköterskans ansvar att informera och utbilda patienter (Berglund, Andersson & Kjellsdotter, 2017). Det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att diskutera alla aspekter som är relaterade till sjukdomen som är av betydelse för patienten och närstående för att stödja och förbättra egenvården samt minska deras osäkerhet i utförandet av den egna vården (Liljeroos, Agren, Jaarsma & Strömberg, 2017). Att identifiera och diskutera hinder, resurser och egen förmåga är viktigt för att öka patienternas hälsofrämjande beteenden (Berglund et al., 2017; Liljeroos et al., 2017).

Omvårdnad vid hjärtsvikt innebär prevention, att lindra symtom samt försöka öka livskvaliteten hos patienten genom att ge råd och information om sjukdomen och behandlingen. 50 % av de patienter som vårdats för hjärtsvikt på sjukhus återinläggs inom 6 månader. Återinläggningar kan bero på brister i egenvård och följsamhet till behandlingen samt bristande kunskap om hjärtsvikt hos patienterna (Dilles et al., 2011; Moser et al., 2012). Äldre patienter kan uppleva att de aldrig har fått information om sin sjukdom. En anledning kan vara att de har haft hjärtsvikt i många år och har fått utbildning vid diagnostillfället vilket de har glömt. En annan anledning kan vara att det finns en hög förekomst av mild kognitiv svikt bland patienter med hjärtsvikt utan kända kognitiva sjukdomar (Nordlund et al., 2015). Detta innebär att det krävs upprepning av information och uppföljning där patientens egenvårdsförmåga och följsamhet bör uppmärksammas, eftersom otillräcklig egenvård kan leda till upprepade sjukhusvistelser (Liljeroos et al., 2017).

Patientutbildningen är en viktig del av vården av patienter med hjärtsvikt. Detta innebär således att sjuksköterskan måste ha en tillräcklig kunskapsbas om sjukdomen och egenvården (Washburn, Hornberger, Klutman, & Skinner, 2005). En studie av Kommuri et al. (2012) visar att sjuksköterskeledd patientutbildning som ges i samband med utskrivning förbättrar patienternas sjukdomsspecifika kunskap. Denna patientinriktade utbildning förbättrar

hjärtsviktspatienternas övergripande sjukdomsspecifika kunskap och kunskapen om egenvård. Vidare visar studien att hjärtsviktspatienter med sjukdomsspecifik kunskap genomför en utförlig egenvård med daglig viktövervakning samt begränsat intag av salt och vätska. De har en plan för hur de skall agera vid försämring av deras symtom. Patienter som har fått sjukdomsspecifik kunskap vidtar lämpliga egenvårdsåtgärder och därmed minskar sjukhusåterinläggningar (Kommuri, Johnson & Koelling, 2012; Sterne, Grossman, Migliardi & Swallow, 2014). Återinläggningar på sjukhus försämrar patienternas livskvalitet. Det är också kostsamt för hälso- och sjukvården och har negativ inverkan på patienternas livskvalité (Sterne et al., 2014).

En studie av Uchmanowicz et al (2017) visar att hög ålder, längre och fler sjukhusvistelser, brist på socialt stöd samt försämrad kognitiv förmåga hos äldre patienter med hjärtsvikt påverkar egenvårdsförmågan negativt. Kognitiv funktionsnedsättning är vanlig hos äldre patienter med hjärtsvikt och den påverkar patientens förmåga att utföra nödvändig egenvård för att bevara sitt välmående och kunna förhindra sjukhusåterinläggning. Författarna menar att det är viktigt att bedöma den kognitiva förmågan hos äldre patienter med hjärtsvikt för att främja effektiv egenvård inom denna patientgrupp. Egenvårdsstrategier är signifikanta problem för äldre patienter med hjärtsvikt, eftersom de innefattar medicinering, övervakning och tolkning av symtom och kontakt med sjukvården vid försämring. Därför bör omvårdnaden vara individualiserad och anpassad till den äldre patientens kognitiva förmåga och denna bör få anpassat stöd och utbildning i egenvård (Uchmanowicz, Jankowska-Polańska, Mazur & Froelicher, 2017).

Personcentrerad vård

Med en åldrande befolkning kommer behovet av vård att öka dramatiskt, vilket kommer att kräva förändringar på olika vårdnivåer, bland annat organisatoriska förändringar samt attitydförändringar hos vårdgivare. Personcentrerad vård kan främja kompetens och utveckla vården för framtiden (Ekman et al. 2012a). En studie av Falk et al (2013) visar att äldre patienter med hjärtsvikt har dålig livskvalité och upplever svåra och frekventa symtom som begränsar flera aspekter av deras liv, vilket gör dem beroende av andra för sin överlevnad. De är mer benägna att underskatta sina symtom och därmed dröjer de med att söka vård för akuta symtom. Denna patientgrupp är också benägen att uppleva symtom på hjärtsvikt men rapporterar själva att det inte påverkar livskvaliteten (Lam & Smeltzer, 2013).

Personcentrerad vård är motsatsen till reduktionism. Den betonar att patienterna är personer och därför bör de inte reduceras till sina sjukdomar. I ett vårdssammanhang bör patienternas subjektivitet och deras integration med miljön som de befinner sig i, deras styrkor, framtida planer och rättigheter tas hänsyn till. Personcentrerad vård innebär ett skifte från en modell där patienten är ett passivt mål för den medicinska interventionen till en annan modell där patienten ingår i partnerskap med vårdgivaren och är aktivt involverad i den egna vården och i beslutsfattandeprocessen (Leplege et al., 2007). Personcentrerad vård kan förbättra vårdkvalitén, vilket i sin tur leder till kortare sjukhusvistelse. Därmed har inte personcentrerad vård effekt på livskvalitén hos hjärtsviktspatienter. Författarna menar att bristen på förbättring av livskvalité beror på att studiedeltagarna följdes upp tre månader efter utskrivning och därför kan potentiella effekter av personcentrerad vård ha dämpats under tiden (Ekman et al., 2012b).

Ett personcentrerat tillvägagångssätt sätter personens åsikter om hans/hennes livssituation och tillstånd i centrum. Patientberättelsen är personens redogörelse för sin sjukdom, symtom och deras inverkan på hans/hennes liv. Den fångar personens lidande i ett vardagligt sammanhang jämfört med den medicinska berättelsen som återspeglar processen av diagnostisering och behandling av sjukdomen. Patientberättelsen är utgångspunkten för en personcentrerad vård och ligger till grund för ett partnerskap i vården (Ekman et al. 2011).

Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre (2012) betonar att sjuksköterskan ska arbeta på ett personcentrerat sätt där bedömningen innefattar hela den äldre patientens livssituation och tillstånd. Sjuksköterskan ska kunna identifiera och arbeta utifrån den äldre personens behov och resurser, ta tillvara den äldre personens livserfarenheter och kunskaper och implementera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder samt anpassa dem till den äldre personens situation. Socialstyrelsen (2012:10) framhåller att inom hälso-och sjukvården ska en legitimerad yrkesutövare bedöma om patienten själv eller med hjälp av någon annan kan utföra egenvården. Bedömningen av egenvård ska göras i samråd med patienten och utifrån patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation. Utredningen av egenvård ska vara individuell, riskerna av utförandet av egenvård ska analyseras och planering ska ske ihop med patienten utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet.

Teoretisk ram

Teorier ger forskare möjlighet att systematisera och sammanställa sina resultat på ett användbart och tillgängligt sätt och kan ge förklaring till varför ett visst fenomen uppstår (Polit & Beck, 2016). I föreliggande studie kommer Orems teori enligt Orem (2001) om egenvårdsbalans att användas som teoretisk ram för diskussion av studiens resultat.

Orems teori om egenvårdsbalans innefattar tre delar: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (Orem, 2001). Enligt Orem är egenvård en medveten och målinriktad aktivitet som varje individ tar initiativ till själv och frivilligt utför dagligen för att främja och upprätthålla liv samt att uppnå fysisk och psykisk funktionsutveckling och därmed uppnå normalitet enligt de normer som gäller för det sociala sammanhang som individen lever i. Författaren menar att egenvård är ett inlärt beteende som lärs genom interaktion inom sociala grupper. För att utföra egenvård måste individen vara mogen och ha utvecklat förmågan att ta hand om sig själv i den miljö och situation som denne befinner sig i. Individen behöver också ha kunskap och förstå betydelsen av egenvårdsåtgärder för att kunna utföra dem. Vid sjukdom kan patientens egenvårdsförmåga vara mindre än egenvårdsbehovet. Då uppstår egenvårdsbrist.

Orem menar att det är en del av omvårdnaden att stödja och lära närstående att utföra egenvård för patienten när denne inte kan utföra den själv. I vissa fall måste sjuksköterskan utföra omvårdnad av patienten genom att ta över hela eller delar av patientens egenvårdsåtgärder. Det är också en del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar att undervisa patienten i utförandet av egenvård i förhållande till patientens nya situation. Sjuksköterskan måste ha goda kunskaper om sjukdomen som hon hjälper patienten att hantera. Hon måste kunna sjukdomens orsaker, symtom, komplikationer och behandlingsstrategier, för att kunna definiera patientens omvårdnadsbehov. Dessutom måste sjuksköterskan kunna bedöma

patientens egenvårdsförmåga och vid brist på denna att kunna definiera patientens behov av omvårdnadsstöd (Orem, 2001).

Utvecklandet av egenvård och att integrera hälsofrågor som berör de problem som patienten möter i sitt vardagliga liv på grund av hjärtsvikt är viktigt för patienternas långsiktiga vård. Egenvård tillämpas primärt på patienter med kroniska sjukdomar. Omfattningen av egenvård beror på sjukdomens karaktär och stadium. Hjärtsviktpatienter ställs inför ett antal problem och de måste lära sig att bemästra dem effektivt i sina vardagliga liv (Halmö, Galuszka, Langova & Galuszkova 2015).

Orems teori om egenvårdsbalans valdes som ram för diskussionen om resultatet i föreliggande studie, eftersom studien har till syfte att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av vad äldre patienter med hjärtsvikt vet om sin diagnos och egenvård efter utskrivning. Teorin fokuserar på egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov. Äldre patienter är i behov av ständig bedömning av egenvårdsförmåga för att sjuksköterskan ska kunna stötta eller ta över delar av egenvården av den äldre patienten.

För att sjuksköterskor ska kunna ge stöd till patienter med hjärtsvikt i sin egenvård krävs det kunskap om patienters erfarenheter av egenvård. Sjuksköterskor har bristande kunskap om vilka erfarenheter äldre patienter själva har om sin diagnos och egenvård eftersom det tidigare var brist på forskning om ämnet. Sjuksköterskor kan öka sin kunskap om egenvård vid hjärtsvikt och få större insikt för att bidra till patientens välmående genom att beskriva äldre patienters erfarenheter av hjärtsvikt och egenvård. Det är betydelsefullt att lyfta fram patienters erfarenheter annars finns det risk för att sjuksköterskor inte uppmärksammar detta och det kan leda till negativa konsekvenser för egenvården. Därför kan sjuksköterskor genom stöttning motivera patienter till god egenvård vid det kroniska tillståndet.

Författarna fann bara en studie om informella vårdgivares perspektiv på patientens egenvård vid hjärtsvikt. Vårdgivarna anser att de spelar en viktig roll i att engagera patienterna i egenvård och stödja dem för att försöka uppnå bättre resultat. Vårdgivarna menar att trötthet, inaktivitet och minnesförlust är några av de största hindren för egenvård hos hjärtsviktpatienter (Cameron, Rhodes, Ski Thompson, 2015). Författarna hittade ingen studie som beskriver sjuksköterskans syn på patientens egenvårdsförmåga vid hjärtsvikt.

Problemformulering

Andelen äldre i befolkningen beräknas öka. I och med att en av de största riskfaktorerna att drabbas av kronisk hjärtsvikt är hög ålder så kan man anta att fler personer kommer att få diagnosen kronisk hjärtsvikt och därigenom leva med detta resten av sitt liv. Hjärtsvikt är också den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus för patienter över 65 år. Patienter med hjärtsvikt behöver sjukdomsspecifik utbildning för att anpassa sin livssituation till sitt kroniska tillstånd och utföra egenvård i hemmet. Det finns flera studier som påvisar att hjärtsviktpatienter har bristande kunskaper om hjärtsvikt och hur diagnosen påverkar deras livssituation framöver. Denna information och undervisning ska patienterna få på sjukhuset av bland andra sjuksköterskan. Det är därför intressant att undersöka hur sjuksköterskor i hemsjukvården erfar äldre patienters egenvård. På grund av detta kan innehållet och formerna för undervisning av äldre personer med hjärtsvikt på sjukhus förbättras.

Syfte

Att undersöka hemsjukvårdssjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt efter utskrivning från slutenvården till hemmet.

Metod

Design

Utifrån syftet blir forskningsmetoden en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats lämplig. Kvalitativ studiedesign, som utgår ifrån den holistiska traditionen, syftar till att studera människors erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Polit & Beck, 2016). Enligt Polit & Beck (2016) utgår kvalitativ metod ifrån individens erfarenheter och handlar om att förstå snarare än att förklara. Personliga erfarenheter är komplexa och kan inte förstås genom att analysera delar och därför syftar kvalitativ forskning till att ge en förståelse av helheten (Polit & Beck, 2016).

Urval

Utifrån studiens syfte bestämdes val av deltagare och miljö. Eftersom studien utfördes utifrån ett sjuksköterskeperspektiv, var ett strategiskt urval av sjuksköterskor i hemsjukvården lämpligt eftersom de vårdar patienter med hjärtsvikt inskrivna i hemsjukvården. Enligt Polit & Beck (2016), är ett strategiskt urval aktuellt när deltagarnas erfarenhet och kunskap inom ett specifikt område eftersträvas då det ökar möjligheterna till informationsrika beskrivningar. Inklusionskriterierna för medverkan i studien var att respondenten skulle vara en sjuksköterska som arbetar inom hemsjukvården i Säffle kommun med minst ett års erfarenhet. Säffle kommun valdes ur ett strategiskt perspektiv för att en av studieförfattarna bor där.

Verksamhetschef kontaktades via telefon för information om studien och efter detta skickades en förfrågan om tillåtelse att genomföra intervjuer för studien (Bilaga 1). Verksamhetschefen gav sitt godkännande via mail och vidarebefordrade Forskningspersonsinformation (Bilaga 2) till sina medarbetare. Efter detta kontaktades alla sjuksköterskor i vald kommun för att rekrytera deltagare till studien. De som uppfyllde inklusionskriterierna och tackade ja till deltagande inkluderades i studien. Deltagarna i denna studie var tre sjuksköterskor utan specialistutbildning och tre distriktssjuksköterskor med olika livs- och arbetserfarenheter. De hade olika uppfattningar om begreppet egenvård vid hjärtsvikt.

Datainsamling

Kvalitativ forskningsintervju bedömdes vara lämplig datainsamlingsmetod för denna studie. Eftersom studien undersöker deltagarens erfarenheter kan kvalitativa intervjuer användas som forskningsmetod för att samla datamaterial från personer som har erfarenheter inom området som ska studeras (Polit & Beck, 2016). En intervju är ett tillvägagångssätt att samla information om ett fenomen för att förse forskaren med beskrivningar, berättelser och texter som han/hon tolkar och rapporterar efter sina forskningsintressen (Kvale, 2006). En intervjuguide (Bilaga 3), utformades och den innehåller öppna frågor i ämnesområdet samt

följdfrågor (Polit & Beck, 2016). Platsen för intervjun valdes i samråd med studiedeltagarna. En semistrukturerad intervju var uppbyggd av förutbestämda öppna frågor, men ordningen av frågorna kunde anpassas utifrån vad som kom upp under intervjun. Detta gav deltagarna möjlighet att berätta om sina erfarenheter med egna ord och intervjuaren anpassade sig till vad som kom upp under intervjun och ställde lämpliga följdfrågor när det behövdes för att kunna få djupare eller mer detaljerade beskrivningar (Danielson, 2017).

Två pilotintervjuer genomfördes inför intervjuerna för att undersöka intervjuguidens upplägg, planerad tidsåtgång och frågornas relevans. Samtidigt testades den tekniska utrustningen som användes vid ljudinspelning. Inga korrigeringar i intervjuguiden utfördes efter pilotintervjuerna eftersom det bedömdes att frågorna i intervjuguiden var relevanta och motsvarade studiens syfte. En annan fördel med pilotintervjuerna var att författarna fick erfarenhet av att genomföra intervjuer. Intervjuerna spelades in med hjälp av två mobiltelefoner. Pilotintervjuerna inkluderades inte i studien eftersom deltagarna inte motsvarade studiens inklusionskriterier.

Sex sjuksköterskor intervjuades. Av dessa sex var tre distriktssköterskor och tre sjuksköterskor utan specialistutbildning. Samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna 35 – 64 år. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterska varierade mellan sju och 44 år och arbetslivserfarenhet inom hemsjukvården var mellan två och 37 år. Varje intervju varade mellan tio och femton minuter.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) användes för att analysera intervjuerna med fokus på det manifesta innehållet. En manifest innehållsanalys användes vid analys av datamaterialet för att fokusera på en beskrivning av textens innehåll. Transkriberingen utfördes av båda författarna tillsammans för att inte förbise något av det insamlade materialet. Först lästes den transkriberade intervjutexten i sin helhet av båda författarna ett flertal gånger för att få en känsla av helheten i innehållet. Sedan identifierades och kondenserades meningsbärande enheter av författarna individuellt. I nästa steg diskuterade författarna de kondenserade meningsbärande enheterna och koderna tills enighet uppnåddes. Sedan jämfördes koderna utifrån likheter och skillnader vilka sedan abstraherades in i åtta subkategorier och två huvudkategorier. De två författarna utförde tillsammans kategorisering av koderna. Dessa kategorier bildade det manifesta innehållet. Det manifesta innehållet är textnära och beskrivande (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen formulerades ett tema utifrån det manifesta innehållet från intervjuerna.

Forskningsetiska överväganden

Föreliggande studie är ett examensarbete inom ramen för en utbildning och kommer inte att publiceras. Därför var en formell etisk ansökning inte aktuellt. Författarna tog hänsyn till fyra etiska riktlinjer inför genomförandet av intervjustudien: informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll (Kvale & Brinkmann, 2014; Vetenskapsrådet, 2002).

Informerat samtycke baserades på att skydda informanternas frihet och självbestämmande (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna fick forskningspersonsinformation

som innehöll studiens övergripande plan och syfte, metoder som skulle användas, forskarens namn, frivillighet och andra olika informationspunkter utifrån studiens syfte (Cöster, 2014; Vetenskapsrådet, 2002). Det var frivilligt att medverka i studien och deltagarna hade rätt att när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att ange skäl. Vid intervju inhämtades skriftligt informerat samtycke.

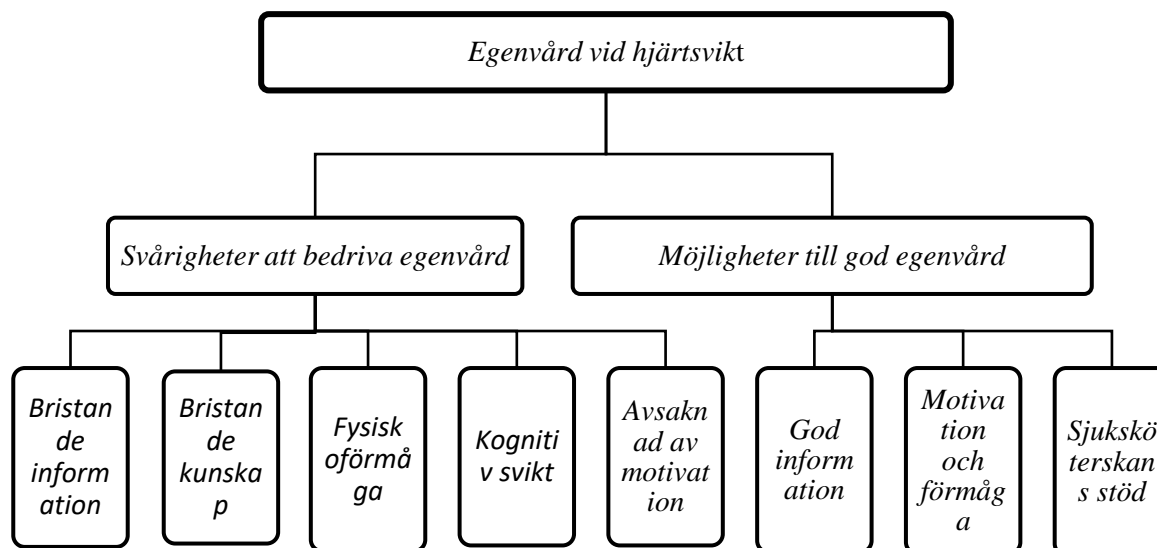
Konfidentialitet betyder att alla data förvarades på ett säkert sätt och inga obehöriga hade tillgång till detta (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2002). Data förvarades oåtkomligt för andra än författarna. Alla data avidentifierades. Kodlista med namn på deltagarna förvarades separat från intervjumaterialet.

Konsekvenser och forskarens roll. Vid en intervju interagerar forskaren med deltagaren och detta kan skapa en mer förtrolig/privat relation mellan forskare och deltagare. Det kan innebära att deltagaren kan anpassa svaret till det som hon/han tror forskare vill höra (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2002). Detta ger forskaren en maktposition och samtalet kan upplevas som ofrivilligt (Kjellström, 2017; Kvale, 2006). Polit & Beck (2016) påpekar att forskaren bör vara medveten om sin erfarenhet och kunskap inom aktuellt ämne och ska sträva efter att inte påverka forskningsprocessen med förutfattade meningar. I denna studie arbetar författarna inom slutenvården och detta kan innebära att studiedeltagarna inte vill upplevas som om de blir bedömda och därmed anpassa sina svar till det. Detta kan ha effekt på studieresultaten. Det är viktigt att vara medveten om detta maktspel och att följa forskningsetiken (Kvale, 2006).

Resultat

Resultatet presenterades i två kategorier med tillhörande subkategorier: *Svårigheter att bedriva egenvård* med fem subkategorier: *Bristande information, bristande kunskap, fysisk oförmåga, kognitiv svikt och avsaknad av motivation samt möjligheter till god egenvård* med tre subkategorier: *God information, motivation och förmåga samt sjuksköterskans stöd*. Sedan bildades det övergripande temat *egenvård vid hjärtsvikt*.

Under analysprocessen bildades ett tema, två kategorier och åtta subkategorier (figur).



Egenvård vid hjärtsvikt

Egenvård uppfattades som ett svårdefinierat begrepp av flera deltagare. Deltagarna uppgav att hemsjukvården inte kopplas in så länge patienten klarar sin egenvård. Två sjuksköterskor utan specialistutbildning och en distriktssjuksköterska hade en klar definition av begreppet egenvård vid hjärtsvikt. De menade att egenvård vid hjärtsvikt innebar livsstilsförändringar, övervakning av symtom som andfåddhet, viktuppgång och ödem samt att patienten kan tolka symtomen och kopplade dem till hjärtsvikt. Egenvård innebar också att följa läkemedelsordinationer, användning av stödstrumpor och vätskerestriktion. En sjuksköterska utan specialistutbildning och en distriktssjuksköterska upplevde att egenvård var obefintlig hos äldre patienter med hemsjukvård. De menade att patienterna helt saknade förmågan till egenvård. En distriktssjuksköterska beskrev begreppet som diffust och uppgav att det saknades tydliga riktlinjer om hur egenvård i hemmet skulle hanteras och vad det innefattade.

Svårigheter att bedriva egenvård

Studiedeltagarna uppgav att de flesta patienterna inte har egenvårdsförmåga när hemsjukvården kopplas in. Hemsjukvården kopplas oftast in i senare skede när patienten inte kan sköta den egna vården på grund av kognitiv svikt eller andra sjukdomar som gör att patienten inte klarar det. Deltagarna beskrev att det fanns olika typer av hinder att genomföra egenvård hos äldre patienter med hjärtsvikt såsom *bristande information*, *bristande kunskap*, *fysisk oförmåga*, *kognitiv svikt* samt *avsaknad av motivation*.

Bristande information

Förmågan att kunna ta in informationen som patienterna får under sjukhusvistelsen påverkas av olika faktorer som ålder, informationens kvalitet och patientens tillstånd. Alla deltagare ansåg att ålder är en viktig faktor som påverkar hur patienter tar in informationen de får om

egenvård. Däremot rådde olika uppfattningar hos deltagarna om huruvida patienterna får information om sin sjukdom. En deltagare upplevde att patienterna får god information om egenvård under sjukhusvistelsen men att de som är dementa hamnar mellan stolarna. Andra upplevde att allt ansvar läggs på sjuksköterskan i hemsjukvården och ansvarig läkare på vårdcentralen. De flesta deltagare upplevde att fokus inte läggs på att informera patienten under sjukhusvistelsen om denne är kopplad till hemsjukvården. Detta innebär att patienten får snabb information om vad han/hon kom in för och vilka behandlingar som gavs men ingen information om egenvård.

”Men är en sköterska inkopplad i hemsjukvården då tror jag inte att det läggs lika mycket fokus på att informera patienten heller utan att då tänker man sig nog från sjukhuset sida att vi tar hand om det så.”

(Sjuksköterska 2)

Deltagarna upplevde att patientens bristande kunskap i egenvård delvis beror på bristande kunskap hos vårdgivare och dels på att de informeras för lite eller inte alls. Det konstaterades att de har hjärtsvikt utan att patienterna förstår hur allvarlig sjukdomen är. Deltagarna beskrev att patienten vid diagnostillfället ofta kommer till en läkarmottagning, till exempel en vårdcentral, där patienten informeras om vilken diagnos han/hon fick och den farmakologiska behandlingen som patienten kommer att få. Flera deltagare upplevde att patienterna får läkemedelsrelaterad information av läkare men ingen sjukdomsspecifik information. Ofta saknas information om egenvård vid hjärtsvikt som viktkontroll, salt- och vätskeintag samt symtomövervakningar. Det saknas ofta uppföljning för att kontrollera om patienten har förstått given information. Under sjukhusvistelse är patienten inte i sitt vanliga tillstånd vilket kan medföra att de inte förstår informationen.

”de kommer till en läkare, till exempel på vårdcentralen. ”Du har en hjärtsvikt” ”ja vist”, så ska du ha den här och den här medicinen för det. Och sen så.... I bästa fall försöker de följa råden och äta medicinen som de ska då. Det är ju det som dem gör själv då. Tills, vi kommer ju inte, så länge det fungerar kommer vi ju inte in.”

(Sjuksköterska 3)

Bristande kunskap

Patienterna har kunskapsbrist som gör att de inte klarar av egenvården. Deltagarna uppgav att de möter många äldre patienter med hjärtsvikt som har bristande följsamhet till farmakologiska och icke farmakologiska råd och ordinationer. De gav exempel på patienter som inte vill linda sina ben eller väljer att avstå från diuretika eftersom det medför begränsningar i deras sociala liv. De beskrev att dessa patienter inte förstår konsekvensen av att inte utföra eller få hjälp med att utföra egenvård. Flera deltagare upplevde att patienterna har svårt att koppla ihop symtomen med sjukdomen och att många äldre patienter inte uppmärksammar sina symtom. Flera deltagare upplevde att en del patienter inte vill acceptera sin sjukdom. Det är sjuksköterskorna i hemsjukvården som utför symtomövervakning för dessa patienter med hjälp av hemtjänstpersonalen. Det är också sjuksköterskan som vidtar åtgärder eller kontaktar ansvarig läkare för eventuella medicinändringar. Deltagarna uppgav att en del äldre patienter inte är lyhörda för vätskerestriktionen efter utskrivning från

slutenvården. Dessa patienter är svårt att övertyga om att de behöver ändra sin livsstil och att de inte förstår vikten av att inte dricka för mycket. De har inte heller förstått att allt vätskeintag räknas även de små klunkarna.

”En del patienter som är äldre bryr sig inte. De tänker inte på det här med att de ska dricka en viss mängd och det är när de är hemma så är de hemma och det är svårt att övertyga de patienterna att man kanske får leva på ett annat sätt.”

(Distriktsköterska 1)

Bristande följsamhet till ordinerade läkemedel är något som samtliga deltagare tog upp och beskrev att den främsta anledningen till att äldre patienter kopplas till hemsjukvården är att de inte längre klarar av att ta sina ordinerade läkemedel som de ska. Att följa den farmakologiska ordinationen är för många äldre patienter den enda egenvården de utför.

Fysisk oförmåga

Många äldre patienter kan inte utföra egenvård vid hjärtsvikt på grund av hög ålder. De kan exempelvis ha svårt att väga sig. Studiedeltagarna uppgav att detta är en insats som sjuksköterskan bestämmer och ger uppdraget till personal i hemtjänsten att kontrollera patientens viktuppgång. Att ta på sig stödstrumpor är ofta svårt för äldre patienter på grund av stelhet i kroppen. Andra fysiska hinder för utförande av egenvård hos en del äldre patienter med hjärtsvikt är synnedsättning eller hörselnedsättning som leder till att patienterna inte kan ta in den information som de får eller läsa broschyrer som de har fått med sig hem. Äldre äldre patienter är i ett för dåligt skick fysiskt för att kunna utföra egenvård. En del patienter blir immobiliserade under sjukhusvistelsen och de behöver tränas upp först.

”det är en sak på sjukhuset då kommer det ju sjukgymnaster och arbetsterapeuter och det kommer folk och jagar upp dem och ser till att det blir gjort det de ska, men när du är hemma så finns det ingen som jagar på mer än hemtjänsten och hemtjänsten har inte tid.”

(Distriktsköterska 3)

Kognitiv svikt

Många äldre patienter med hjärtsvikt som har hemsjukvård har kognitiv svikt eller en demensdiagnos, vilket gör att de inte är insatta i vilka läkemedel de står på eller vilka sjukdomar de har. Sjuksköterskorna tar över läkemedelsansvaret när de kopplas in. Dessa patienter har inte sjukdomsinsikt och kan inte heller förstå varför de är törstiga och därmed dricker obegränsat. De slutar ta sina läkemedel för att de upplever att de mår bra vilket resulterar i försämring av sjukdomen. Deltagarna angav att minnessvikt utgör ett stort hinder för möjlighet till god egenvård för många äldre patienter eftersom de inte kan komma ihåg informationen som de får. En deltagare upplevde att många äldre patienter med hjärtsvikt dricker för lite men uppgav att det inte förs vätskeregistrering i hemmet, medan andra uppgav att många äldre patienter med kognitiv svikt dricker för mycket och att det är omöjligt att mäta hur mycket vätska dessa patienter får i sig när de är i sitt eget hem och har tillgång till

vattnet. Samtliga deltagare uppgav att det är svårt att utföra vätskeregistrering i hemmet och därför utförs viktkontroll i hemmet.

”de förstår oftast inte att de blir törstiga, och att det beror på att... att ehh att de blir törstiga att det beror på hjärtsvikt. Att de inte ska dricka så mycket, en del har ju inte sina begränsningar när det gäller dryck, de dricker det de tycker ändå.”

(Distriktsköterska 2)

Avsaknad av motivation

Deltagarna upplevde att många äldre patienter inte kan se sin egenvårdsförmåga och hur de kan påverka det. Samtliga deltagare uppgav att äldre äldre patienter förlitar sig på hemsjukvården och därmed överlämnar allt till den, vilket innebär att det är hemsjukvården som utför egenvården. Denna patientgrupp vågar inte utföra egenvård på grund av rädsla för att göra fel. Äldre har en tradition att förlita sig på sjukvården jämfört med yngre patienter, och många av dessa patienter saknar motivation och vilja att utföra egenvård. Dessutom vill de inte ta många läkemedel. Äldre äldre patienter har också en tendens att inte ta situationen på allvar förrän deras allmäntillstånd försämras så mycket att de inte får luft.

”Det känns som att de ibland kan vara lite avtrubbade, de är gamla och de ska ändå dö. På det sättet kan jag uppleva det ibland och att de inte tar sina symtom på allvar.”

(Sjuksköterska 1)

”En del patienter som är äldre äldre kanske inte bryr sig så mycket om sin egen kropp utan de överlämnar till sköterska eller läkaren att bestämma. Men de patienter som är yngre vill ju ofta själva bestämma att så här vill jag ha det. Och jag kanske också mer följer instruktioner och riktlinjer som de har fått om de har legat inne till exempel för hjärtsvikt ...”

(Distriktsköterska 1)

Möjligheter till god egenvård

Möjligheten till god egenvård efter utskrivning från slutenvården beror på patientens allmäntillstånd och vilken sorts egenvård patienten är i behov av precis vid utskrivningen. De flesta deltagare upplevde att många äldre patienter med hjärtsvikt har möjlighet till god egenvård: *god information, motivation och förmåga samt sjuksköterskans stöd.*

God information

Alla sjuksköterskor betonade att det är viktigt att patienterna får information om sin sjukdom och egenvård. Äldre personer kan få information och råd bland annat från sjukhuset eller vårdcentralen. Det är viktigt för äldre patienter att få muntlig information flera gånger. Informationen måste upprepas för patienterna eftersom deras mottaglighet för informationen kan

vara varierande. Vårdpersonal ska förklara mer på ett pedagogisk och lättförståeligt sätt. De äldre patienterna vågar ibland inte ställa frågor till personal när de är ineliggande på sjukhuset utan frågorna uppstår när de kommer hem. Därför är det också viktigt med skriftlig information som är enkel och väldigt konkret. Med den skriftliga informationen kan ansvariga sjuksköterska i hemsjukvården upprepa samma information/rådgivning eftersom det är av betydelse att äldre patienter får likadan information.

”Det är väldigt bra när det står nedskrivet så att vi sjuksköterskor kan säga samma sak som de har sagt på sjukhuset”

(Distriktsköterska 3)

En sjuksköterska upplevde att informationen som patienterna får vid utskrivning från slutenvården har förbättrats och att patienterna får med sig nödvändig information. Det är viktigt att patienterna får ett utskrivningsmeddelande med sig där orsaken för inskrivningen står, vilken behandling de har fått och hur uppföljning ska utföras.

”Där står vad de varit ineliggande för och att vi har bestämt så... och du kommer att kallas tillbaka då och då, och prover inför det”

(Distriktsköterska 3)

Motivation och förmåga

Sjuksköterskor markerade att patienter som är yngre än 85–90 år har förmåga att bedriva egenvård jämfört med patienter i hög ålder. De patienter som har tillräcklig fysisk och psykisk förmåga att bedriva egenvård bestämmer själva över sin egenvård, de följer instruktionerna som de har fått vid sin sjukhusvistelse.

”De patienterna som är pigga och klara i hjärnan kan ju själv bestämma hur man vill ha sin vård”

(Distriktsköterska 1)

En del patienter blir väldigt noggranna med sin egenvård. Yngre äldre blir mer motiverade att utföra egenvård jämfört med äldre äldre. Yngre äldre patienter är ordentliga med egenvårdsåtgärder som att följa läkemedelsordinationer och symtomövervakning som viktuppgång, underbensödem och ökad andfåddhet. Även bland äldre äldre patienter finns patienter som är noga med egenvården. En deltagare berättade om en äldre patient som har väldigt god insikt om sin sjukdom. Patienten är uppmärksam på sina symtom och agerar själv på ett adekvat sätt vid andfåddhet och viktuppgång genom att ta extra diuretika och kontakter vårdcentralen vid behov. Denna patient får hjälp med endast av och påtagning av kompressionsstrumpor av hemtjänstpersonalen eftersom patienten inte klarar detta själv på grund av besvär i handlederna. Dock har de flesta äldre äldre patienter svår hjärtsvikt. De flesta äldre patienter är noga med att använda kompressionsstrumpor.

”De är duktiga på att använda stödstrumpor för de märker att de blir svullna i benen”

(Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskans stöd

Ansvar för egenvård ligger på sjuksköterskorna i hemsjukvården. Äldre äldre patienter har ofta demensdiagnos och/eller andra komplexa sjukdomar som leder till oförmåga att utföra egenvård och detta medför att sjuksköterskan i hemsjukvården tar över egenvårdsansvaret helt eller delvis. De patienter som kan utföra en del av sin egenvård sköter detta själva, till exempel att ha eget läkemedelsansvar. Egenvårdsåtgärder som patienterna inte har förmåga att genomföra överlämnas till hemsjukvården. Detta gäller framförallt läkemedelsansvar eller kompressionsbehandling i form av benbindning eller användning av kompressionsstrumpor. Det är sjuksköterskorna i hemsjukvården som utför symtomövervakning, viktkontroll, blodtryckskontroller samt observation av ödem i underbenen. Det är också sjuksköterskan som vidtar åtgärder, sedan utvärderar effekten och vid behov kontaktar ansvarig läkare för eventuella medicinändringar. När sjuksköterskan har läkemedelsansvaret kontaktar patienten alltid sin ansvariga sjuksköterska vid försämring av symtom, till exempel när de blir andfådda eller får benödem.

”Har jag läkemedelsansvar då kan jag ju säga till att de tar furix i tre dagar och se om det blir bättre”

(Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskor bedömer tecken på vätskeansamling i kroppen i form av viktökning och underbensödem. De stöttar äldre patienter genom att påpeka att de inte ska dricka för mycket. Dessutom lägger de fram små isbitar som patienterna kan suga på eller erbjuder salivstimulerande medel, till exempel tuggummi. Sjuksköterskor samarbetar med hemtjänstpersonalen som sköter de äldre patienterna dagligen och observerar förändringar i patientens tillstånd, till exempel benödem.

”Vi kollar vätska i tre dagar om de är inneliggande. Men i kommunen är vi mer noga med vikten istället...”

(Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskorna i hemsjukvården har en väldigt viktig uppgift att informera och vägleda patienterna i utförandet av egenvården. När sjuksköterskorna gör ett hembesök, samtalar de hela tiden med patienterna om vad de måste vara uppmärksamma på vid hjärtsvikt. Sjuksköterskorna informerar patienterna om att de ska vara mer observanta på försämring av symtom som vätskeansamling, stegrad trötthet/orkeslöshet och ökad andfåddhet samt att följa medicinering. De informerar även patienterna om hur mycket de ska dricka och ger kostrådgivning till exempel om saltintag, hur viktigt det är att följa sin vikt och att använda stödstrumpor eller att linda benen. Sjuksköterskorna berättar för de äldre patienterna om konsekvenser som kan uppstå vid dålig följsamhet av egenvård. En sjuksköterska beskrev att hon berättar för patienterna att vätskeansamling kan leda till lungödem.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hemsjukvårdssjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt efter utskrivning från slutenvården till hemmet. Kvalitativ metod med induktiv ansats ansågs vara lämplig utifrån studiens syfte. Enligt Polit & Beck (2016) är denna metod lämplig när personers erfarenheter och upplevelser ska beskrivas. Föreliggandestudie skulle inte kunna använda kvantitativ metoddesign eftersom kvantitativ studie besvarar forskningsfrågan med någon form av strukturerade mätningar eller observationer och insamlade data representerades med siffror i olika former (Billhult, 2017).

Forskningspersonsinformation skickades till verksamhetschefen och alla sjuksköterskor i Säfte kommun för att ge information om studiens som helhet. Ett strategiskt urval gjordes för att sjuksköterskor som har relevant kunskap skulle ge svar som motsvarar studiens syfte. I studien deltog sex sjuksköterskor, tre av dem var distriktssköterskor och tre sjuksköterskor utan specialistutbildning. Antalet deltagare ansågs var tillräckligt eftersom alla sjuksköterskor hade god kompetens inom området och kunde ge riklig och varierad information. Genom att ha ett för stort urval riskerade oerfarna intervjuare att erhålla ytliga data med stora mängder information som inte bidrog till en fördjupad analys (Cleary, Horsfall & Hayter, 2014). Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan giltighet i studien stärkas om deltagarna bedöms ha tillräckliga erfarenheter inom området som studeras. Det var stor spridning avseende deltagarnas ålder samt antal verksamhetsår inom hemsjukvården vilket bidrog till en god variation av erfarenheter. Eftersom intervjuade sjuksköterskor hade varierande livs- och arbetserfarenheter ökades möjligheten till att fenomenet som studerades belystes utifrån fler aspekter vilket stärkte resultatets trovärdighet och giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Samtliga deltagare arbetade inom en kommun vilket innebar att ingen jämförelse kunde utföras mellan olika kommuner och detta kunde ses som en svaghet i studiens resultat. Ytterligare en svaghet kunde vara att i studien endast kvinnliga sjuksköterskor deltog. Manliga deltagare skulle kunna spegla ytterligare olika variationer i resultatet men det var inga manliga sjuksköterskor som motsvarade studiens inklusionskriterier.

Styrkan med en semistrukturerad intervju var att ett förutbestämt ämnesområde ökar trovärdigheten i datainsamlingen. Ytterligare en styrka med en semistrukturerad intervju var att författarna hade möjlighet att ställa följdfrågor som skapade djupare och mer detaljerade beskrivningar av fenomenet (Danielson, 2017). Eftersom författarna hade möjlighet att vara flexibla vid utformning och ordningsföljd av frågorna kunde deltagarna uppfatta frågorna på olika sätt och detta kunde anses som en svaghet. Vid intervjuerna användes en intervjuguide. En styrka med intervjuguiden var att deltagarna fick samma öppna frågor och följdfrågor och detta kunde öka resultatets tillförlitlighet (Polit & Beck, 2016). Deltagarna erhöll både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och villkoren för deltagande innan de undertecknade ett skriftligt samtycke. Många tillfrågade sjuksköterskor avböjde deltagande till föreliggande studie på grund av tidsbrist. Därför kunde det antas att de som samtyckte till deltagande också hade samma tidsbrist men att de ställde upp för kollegialt stöd. Intervjuerna genomfördes i en lugn och avskild miljö på deltagarnas arbetsplats. Det var viktigt med en avslappnad miljö, där deltagarna kunde prata i lugn och ro och ge så rika svar som möjligt

på frågorna utan störande moment (Danielson, 2017). Genom att samtala före intervjun skapades en bra relation mellan författare och deltagare.

Intervjuerna spelades in med hjälp av två personliga mobiltelefoner för att minska risken för databortfall. Alla inspelningar var av god kvalitet vilket underlättade transkriberingen. Alla ljudinspelningar transkriberades noggrant i sin helhet. Vid dataanalys lästes och lyssnades inspelningarna igenom av författarna enskild för att kontrollera att inget skrivits fel eller missats. Detta kunde stärka studiens giltighet och tillförlitlighet. Intervjuerna varade cirka tio- femton minuter och det kunde anses för kort. Författarna ansåg att intervjuerna hade god kvalitet eftersom deltagarna gav informationsrika svar på frågorna och inga data utanför ämnet förekom under intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) var det inte längden på intervjuerna som är det huvudsakliga utan vilken betydelse och kvalitet intervjun hade.

En manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) valdes som analysmetod. Både latent och manifest innehållsanalys innefattar tolkning av texter men tolkningarna varierar i djup och abstraktionsnivå. Den manifesta innehållsanalysen handlar om textnära och beskrivande tolkning. Den latent innehållsanalysen handlar om en tolkning av den underliggande mening som återkommer i texten som helhet. I föreliggande studie användes endast manifest innehållsanalys, latent innehållsanalys kräver en djupare tolkning att förstå det underliggande budskapet vilket innebär att författarnas förförståelse kan påverka studiens resultat(Graneheim & Lundman, 2004). Vid kvalitativ studiedesign med induktiv ansats finns en risk att det bara blir beskrivande upprepningar av materialet. Det kan inte uteslutas att författarnas förförståelse har påverkat tolkningen av resultatet. Om andra personer som utför en studie med samma datamaterial som denna studies skulle få helt andra resultat. Enligt Polit & Beck (2016) finns alltid möjligheter att utifrån samma data skapa andra kategorier. Trovärdigheten och pålitligheten skulle stärkas om analysen och resultatet granskas av andra personer (Henricson & Billhult, 2017). I kvalitativa studier finns ingen absolut sanning och inget objektivt synsätt eftersom verkligheten uppfattas olika från olika perspektiv (Malterud, 2014).

Varje intervju lästes flera gånger noggrant av båda författarna. Författarna analyserade materialet separat. Sedan jämfördes meningsbärande enheter och vissa skillnader uppmärksammades och diskuterades. Författarna arbetade med meningsenheterna under hela analysprocessen tills båda författarna var överens om resultatet. Kondenseringen gjordes noggrant tillsammans av båda författarna för att inte förlora det centrala i texten. En fortlöpande dialog mellan studiens författare under analysprocessen stärkte trovärdigheten beträffande på vilket sätt datamaterialet analyserades. För att stärka resultatets trovärdighet användes utvalda citat som var representativa för resultatets innehåll (Graneheim och Lundman, 2004).

Etiska överväganden gjordes inför och under genomförandet av studien. Studiens författare diskuterade sin förförståelse inför analysprocessen med varandra. Det var viktigt att vara medveten om sin egen förförståelse eftersom det kunde påverka hur datamaterialet tolkades och detta i sin tur kunde påverka analysens tillförlitlighet (Graneheim och Lundman, 2004). Därför togs hänsyn till förförståelsen under hela analysprocessen. Författarna skulle vid planering av en kvalitativ studie reflektera över sin egen livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap om det fenomen som skulle studeras (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck,

2016). I föreliggande studie fanns en viss förförståelse hos båda författarna eftersom båda arbetar inom vården, men detta ansågs inte som en nackdel eftersom båda var medvetna om detta och det påverkade inte studiens resultat. Båda författarna har fördjupat kunskap om egenvård eftersom studien utgår ifrån Orems egenvårdsteori och detta medför en förförståelse som har påverkat utformningen av frågorna i intervjuguiden men inte dataanalysen. Författarna och deltagarna i denna studie är sjuksköterskor vilket kan ha påverkat intervjuarna. Deltagarna hade behövt förklara mycket mer under intervjuarna om författarna var från andra yrkeskategorier.

En alternativ datainsamlingsmetod som kunde svara på studiens syfte var gruppintervjuer. Denna metod användes inte eftersom det var svårt att få tillräckligt antal deltagare att samlas på en och samma plats samtidigt. Hemsjukvården i Säffle kommun omfattade ett stort område vilket innebar att sjuksköterskors arbetsplatser var utspridda över kommunen.

Resultatdiskussion

I denna studie erfor deltagarna att patienterna har bristande kunskap om egenvård vid hjärtsvikt. Deltagarnas erfarenhet var att den enda egenvårdsåtgärd som många äldre patienter utför är att försöka följa läkarens ordinationer och ta sina mediciner som de ska. Med tiden förlorar dessa patienter förmågan att följa läkemedelsordinationen och hemsjukvården tar över läkemedelsansvaret. Patienterna kan inte förstå konsekvensen av att inte utföra egenvård eller få hjälp med detta. Vätskerestriktion är svårt att införa i hemmet eftersom en del av patienterna inte vill följa den när de är hemma, andra förstår inte vikten av vätskerestriktioner. Awoke et al. (2019) visar i sin studie att det är svårt för patienter med hjärtsvikt att följa vätskerestriktioner. Somliga patienter med hjärtsvikt har andra sjukdomar som kräver adekvat hydrering, detta kan vara utmanande för patienterna.

Många av föreliggande studies deltagare erfor att en del patienter inte vill acceptera sin sjukdom. En studie av Li et al. (2019) visar att patienter med hjärtsvikt reagerar mot sin sjukdom med negativa känslor som rädsla, hjälplöshet, orättvisa, skuld och ångest. En del patienter upplever svårigheter att acceptera det faktum att de inte kommer återgå till sina normala tillstånd och därför väljer dessa patienter att inte utföra egenvård. De vill inte ta emot information som är relaterad till hjärtsvikt för att slippa uppleva obehag och för att undvika negativa känslor. I motsats till dessa patienter visar samma studie att andra patienter accepterar sitt nya tillstånd och väljer att följa läkarens medicinska råd.

Bristande kunskap hos patienter med hjärtsvikt rapporteras i många studier. En review studie av Clark et al. (2014) som inkluderar artiklar från olika årtal och länder visar kunskapsbrist hos patienter med hjärtsvikt. Detta trots att sjukvården fokuserar mer på egenvård vid hjärtsvikt. Författarna menar att patienterna är villiga att utföra egenvård men saknar oftast metoden för att utföra den effektivt i det dagliga livet. Sjukdomsspecifik kunskap är en viktig faktor som påverkar äldre patienters egenvård beträffande symtomhantering och behandling för hjärtsvikt (Liu, Wang, Huang, Cherg & Wang, 2014). Kunskapsbrist om symtom och egenvård vid hjärtsvikt leder till bristande hantering av egenvård och fördröjning av att söka vård vid försämringar (Patel, Shafazand, Schaufelberger & Ekman, 2007; Reeder, Ercole, Peek & Smith, 2015; Heo et al., 2019). En studie av Patel et al. (2007) visar att närmare hälften av alla patienter som söker akutvård på grund av hjärtsvikt är inskickade av anhöriga

eller vårdgivare. Trots betydande framsteg i informationsutbytet och ökad uppmärksamhet på egenvårdsutbildning har ungefär hälften av patienterna ingen aning om vad som orsakar deras försämring. Att hjälpa äldre patienter med hjärtsvikt att främja och bibehålla fysiska funktioner är viktigt för att förbättra patienternas livskvalité och deras förmåga att kunna hantera vardagliga aktiviteter självständigt (Liu et al, 2014). Flera deltagare i föreliggande studie upplevde att patienterna får snabb och otillräcklig information under sjukhusvistelse och att allt ansvar läggs på sjuksköterskorna i hemsjukvården. Det framgick också att patienternas bristande kunskap speglar bristande kunskap om egenvård hos vårdgivare. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna endast får endast medicinska instruktioner från läkare och ingen information om egenvård vid hjärtsvikt. Studien av Heo et al. (2019) visar att vårdgivare bör tillhandahålla omfattande och individualiserade insatser till patienter med hjärtsvikt. Vidare menar författarna att detta hjälper patienterna att anpassa sin livsstil på ett lämpligt sätt för att hantera sina symtom och minska negativa konsekvenser.

I denna studie betonade deltagarna vikten av att informationen förbättras och anpassas till äldre patienter. De efterlyste att vårdpersonalen skulle informera patienterna på ett lättförståeligt sätt under sjukhusvistelsen, samt att de gav skriftlig information till patienterna. För att kunna upprepa samma information underlättar detta för ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården att ha skriftlig information. Detta är förenligt med studien av Chase (2011) som visar att utbildning som riktas till äldre patienter med hjärtsvikt bör vara skraddarsydd för att hantera syn, hörsel och/eller kognitiva funktionsnedsättningar hos denna patientgrupp. Deltagarna i föreliggande studie uppgav att patienterna får med sig utskrivningsmeddelande från slutenvården. Endast en deltagare i denna studie erfor att patienterna får god information om egenvård under sjukhusvistelse. Det kan bero på att deltagaren har en lång erfarenhet och har upplevt förbättring över tid. Deltagaren påstod att informationsbrist kunde uppstå i samband med kognitiv svikt.

I föreliggande studie framgick att äldre patienter inte vågar ställa frågor vid sjukhusvistelse. Detta är förenligt med resultaten i studien av Li et al. (2019) som visar att en del patienter inte vill vara för krävande i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen eftersom patienterna tror att personalen inte ha tid för deras små frågor. Författarna menar att hälso- och sjukvårdspersonal som läkare och sjuksköterskor är patienternas främsta resurser för att kunna hantera det dagliga livet. Albert (2012) menar att sjuksköterskor har en unik position och kan påverka patienternas hälsobeteende genom att motivera patienterna att engagera sig i den egna vården under sjukhusvistelsen.

I föreliggande studie upplevde deltagarna att många äldre patienter med hjärtsvikt som har hemsjukvård har någon form av kognitiv svikt och detta är ett hinder för en god egenvård. Patienterna har ingen sjukdomsinsikt och de kan inte koppla symtomen till sjukdomen. De kan inte heller koppla förbättringen till kontinuerlig behandling. Patienter med kognitiv svikt beskrivs ha en tendens att vilja hoppa över sina läkemedel på grund av upplevd välmående. Detta är förenligt med andra studier. En studie av Chen et al. (2018) visar att en av de viktigaste orsakerna till bristande egenvårdsförmåga hos äldre patienter är kognitiv svikt. Liu et al. (2014) menar att äldre patienter med hjärtsvikt har en ökad risk för nedsatt kognitiv funktion och låg hälsokompetens, vilket begränsar möjligheten till effektiv egenvård. Många patienter har svårt att följa medicinska instruktioner från läkare samt att söka vård vid försämring av symtomen.

En oundviklig följd av hjärtsvikt är en ökning av beroende och ökat behov av hjälp från andra. Att tillåta sig vara beroende av andra är en viktig process för att klara sina svårigheter (Li et al., 2019). I föreliggande studie uppgav deltagarna att många äldre patienter har svårigheter att utföra egenvård på grund av de fysiska hinder som åldern medför, till exempel stelhet i kroppen, syn och hörselnedsättning. Deltagarna uppgav att äldre patienter med hjärtsvikt överlag är i för dålig fysisk form för att kunna utföra egenvård. Därför är många äldre beroende av sjuksköterskorna i hemsjukvården och hemtjänstpersonalen för sin egenvård. Sjuksköterskorna i denna studie uppgav att de utför egenvårdsåtgärder för denna patientgrupp. Detta är förenligt med Orem's egenvårdsteori, patienternas egenvårdsbalans är rubbad på grund av deras hälsotillstånd vilket leder till egenvårdsbrist och behov av omvårdnad (Orem, 2001).

Deltagare i denna studie upplevde att många äldre äldre patienter saknar motivation för att utföra egenvård eller är rädda för att göra fel. De flesta patienter vill ta ansvar för den egna vården men är ibland osäkra på sin egen förmåga och på effekten av egenvård (Liljeroos et al., 2017). Studien av Chen et al. (2018) visar att patienter med hjärtsvikt har en tendens att ge upp egenvårdsåtgärder som inte kan anpassas till deras vardagliga liv. Många patienter med hjärtsvikt kämpar med att motivera sig till att följa egenvård. Egenvårdshantering är påfrestande eftersom den kräver livsstilsförändringar. En del patienter i denna studie kunde återfå sin motivation för att upprätthålla sin strikta livsstilsförändring genom en "paus", alltså avstå tillfälligt från egenvården (Li et al., 2019). Vården bör inte utgå endast från kliniska riktlinjer för egenvård vid hjärtsvikt utan att ta hänsyn till personens värderingar och förväntningar. Patienterna bör uppmuntras till att vidta objektiva åtgärder för att upptäcka och undvika försämring av symtom (Clark et al, 2014)

I föreliggande studie upplevde deltagarna att äldre äldre patienter är benägna att lämna över ansvaret för egenvård. Alla deltagare uppgav att de upplevde att de flesta yngre äldre patienter med hjärtsvikt har en tendens att följa råd och ordinationer och att de får med sig information om egenvård som de sedan bedriver själva i hemmet. Det uppgavs också att yngre äldre har en tendens att söka information själva. Detta är förenligt med andra studier. En studie av Riegel et al. (2010) visar att yngre äldre patienter (<73 år) hade lättare att känna igen fysiska symptom och koppla dem till hjärtsvikt jämfört med äldre äldre patienter (73 år eller äldre). I studien av Li et al. (2019) framgår att informationssökning är associerad med en positiv och motiverande attityd samt att den minskar ångest. En del patienter kan bygga upp sitt självförtroende och få en känsla av prestation genom att diskutera med läkare om doseringstider och biverkningar.

En studie av Awoke et al. (2019) visar att sjuksköterskeledd undervisning under sjukhusvistelse och uppföljning via telefon efter utskrivning förbättrar patienternas kunskaper om egenvård, egenvårdshantering och självförtroende för att kunna utföra egenvård. Hur äldre patienter hanterar konsekvenser av symtomen beror på deras kunskap om sjukdomen. Majoriteten av äldre patienter med hjärtsvikt har dålig hälsokompetens i förhållande till hjärtsvikt. Egenvård fungerar inte fullt ut hos äldre patienter med hjärtsvikt (Falk, Ekman, Anderson, Fu & Granger, 2013). Många äldre patienter tolkar sina hjärtsviktssymtom som en del av åldringsprocessen. Dessa faktorer hindrar äldre patienter från att kunna tolka sina symtom korrekt och reagera på lämpligt sätt, vilket innebär ytterligare ett hinder för effektiv egenvård (Patel et al., 2007; Lam & Smeltzer, 2013). Personcentrerad intervention som

motiverande samtal har visat lovande resultat för att förbättra egenvården hos denna åldersgrupp (Falk et al., 2013).

I föreliggande studie upplevde deltagarna att en del äldre patienter inte är lyhörda för vätskerestriktioner efter utskrivning från slutenvården. Patienterna vill inte heller ändra sin livsstil och förstår inte vikten av vätskerestriktioner. Detta är förenligt med studien av Liu et al. (2014) som visar att de flesta äldre patienter förstår vikten av att följa läkemedelsordinationen men de har kunskapsbrist beträffande symtomhantering och vätskerestriktioner.

Slutsats

Studieresultatet visar att sjuksköterskor i hemsjukvården uppfattar att patienterna får bristfällig information vid sjukhusvistelse. De flesta äldre patienter saknar kunskap för att kunna utföra god egenvård i hemmet efter utskrivning från slutenvården. För att dessa patienter ska kunna utföra egenvård i hemmet behövs anpassad information/utbildning under sjukhusvistelse samt stöttning från ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården. Studiens resultat visar att äldre patienter med hjärtsvikt är i stort behov av stöttning av sjuksköterskan för att bedriva egenvård. När äldre inte klarar att ta emot information bör sjuksköterskan i hemsjukvården informeras innan patienten skrivs ut samt att utförlig och enkel skriftlig information skickas med patienten hem. Äldre personer återinläggs ofta på sjukhuset på grund av bristande egenvård. Detta kan delvis bero på bristfällig information före utskrivning från sjukhuset och delvis på brister i uppföljningen av dessa patienter.

Implikationer och överförbarhet till praxis

Studieresultatet kan användas för att förbättra information/undervisning för äldre patienter med hjärtsvikt när de vårdas inom slutenvård för försämring av hjärtsvikt. Våra verksamhetschefer är intresserade av att använda studiens resultat som ett förbättringsarbete.

Denna studie har några begränsningar. Patientens egenvårdsförmåga utifrån sjuksköterskornas upplevelse är en subjektiv upplevelse som kan skilja sig från person till person. Dessutom har studien få deltagare vilket innebär begränsning av generaliserbarheten av resultaten från den aktuella studien.

Förslag till vidare forskning

Studiens författare anser att det behövs fortsatt forskning om sjuksköterskornas uppfattning av vad egenvård vid hjärtsvikt innebär för äldre patienter. Detta kan leda till en bättre överblick av sjuksköterskornas kunskap om begreppet egenvård vid hjärtsvikt i samband med vården av äldre patienter. Detta skulle i sin tur kunna underlätta att enhetlig information ges till patienterna.

Referenslista

- Albert, N. M. (2012). Fluid management strategies in heart failure. *Critical Care Nurse*, 32(2), 20–33. doi:10.4037/ccn2012877
- Aldred, H., Gott, M., & Gariballa, S. (2005). Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 116–124.
- Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L. (2012). Living with heart failure without realising: a qualitative patient study. *British Journal of Community Nursing*, 17 (12), 630–637.
- Awoke, M. S., Baptiste, D-L., Davidson, P., Roberts, P. & Dennison-Himmelfarb, C. (2019). A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemporary Nurse*, 1839-3535. DOI: 10.1080/10376178.2019.1568198
- Beckelman, D.B., Havrenek, E.P., Becker, D.M., Kutner, J.S., Peterson, P.N., Wittstein, I.S., ...Dy, S.M. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Live in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643–648.
- Berglund, M., Andersson, S. & Kjellsdotter A. (2017). Att drabbas av långvarig sjukdom. I K. Dahlberg & I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerade vård.* (s.93–114). Stockholm: Liber AB
- Bidwell, J.T., Vellone, E., Lyons, K.S., D’Agostino, F., Riegel, B., Juarez-Vela, R., ... Lee, C.S. (2015). Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: A dyadic analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 392–402. doi:10.1002/nur.2167
- Billhult, A. (2017). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricsson, M. (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 99-110). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144113289
- Boyd, K.J., Murray,S.A., Kendall,M., Worth, A., Frederick Benton, T., & Clausen H. (2004). Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *European Journal of Heart Failure*, 6 (5), 585–591.
- Cameron, J., Rhodes, K. L., Ski, C. F. & Thompson, D. R. (2015). Carers' views on patient self-care in chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1-2). 144–152, doi: 10.1111/jocn.13124
- Chase, J. A. (2011). Systematic review of physical activity intervention studies after cardiac rehabilitation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 351Y358. doi:10.1097/JCN.0b013e3182049f00

- Chen, J., Zhao, H., Hao, S., Xie, J., Ouyang, Y. & Zhao, S. (2018). Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 213-217. doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.012
- Clark, A. M., Spaling, M., Harkness, K., Spiers, J., Strachan, P. H., Thompson, D. R. & Currie, K. (2014). Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart*, 100(9), 716–721. doi:10.1136/heartjnl-2013-304852
- Cleary, M. Horsfall, J. & Hayter, M. (2014). Data collection and sampling in qualitative research: does size matter? *JAN Leading Global Nursing Research*, 70(3). 473-475. doi.org/10.1111/jan.12163
- Costello, J.A., & Boblin, S. (2004). What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 9–20
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson, M. (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144113289
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A., ... Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal of heart failure*, 10(10), 933–989. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.08.005
- Dilles, A., Heymans, V., Martin, S., Droogné, W., Denhaerynck, K., & De Geest, S. (2011). Comparison of computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs*, 10(3), 187–193.
- Ekman, I., Britten, N., Bördinc, J., Codagnone, C., Edén, S., Forslund, D., Fredman, P., Grip, L., Hedmani, H., Hesselbom, T., Härd, I., Larkö, O., Lindström, I., Lindström, L., Norberg, A., Olausson, A., Rosén, H., Seddigh, A., Tennant, A., Westerteichert, C., Ålsnäs, B., & Swedberg, K. (2012a). The person-centred approach to an ageing society. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1(1). 132-137
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Jane Carlsson, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care – ready

- for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-51. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M. & Swedberg, K. (2012b). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306
- Falk, H., Ekman, I., Anderson, R., Fu, M. & Granger, B. (2013). Older Patients' Experiences of Heart Failure—An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 247–255. doi: 10.1111/jnu.12025
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112, doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graven, L.J., & Grant, J.S. (2014). Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 320–333.
- Gerlich, M.G., Klindtworth, K., Osteer, P., Pfisterer, M., Hager, K., & Schneider, N. (2012). 'Who is going to explain it to me so that I understand?' Health care needs and experiences of older patients with advanced heart failure. *European Journal of Ageing*, 9(4), 297–303. DOI 10.1007/s10433-012-0244-6
- Halmo, R., Galuszka, J., Langova, K & Galuszkova, D. (2015). Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study - self care includes problems. *Biomed Paper*, 159(1), 124-130. DOI: 10.5507/bp.2013.044
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson, M. (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144113289
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Grudnowski, S., Kim, J. & Turrise, S. (2019) Patients' Beliefs About Causes and Consequences of Heart Failure Symptoms. *Western Journal of Nursing Research*, 1–19. doi: 10.1177/0193945918823786.
- Horowitz, C.R., Rein, S.B., & Leventhal, H. (2004). A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science and Medicine*, 58 (3), 631–643
- Kommuri, N. V.A., Johnson, M. L. & Koelling, T. M. (2012). Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 233-238. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.019.

- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson, M. (Red), Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144071350
- Kvale, S. (2006). Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 480-500. doi.org/10.1177/1077800406286235
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A.L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I,...Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2), 115-126. doi: 10.1093/eurjhf/hfq219
- Lam, C. & Smeltzer, S. C. (2013). Patterns of Symptom Recognition, Interpretation, and Response in Heart Failure Patients An Integrative Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(4), 348-359. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182531cf7
- Leplege, A., Gzil, F., Cammellin M., Lefevre, C., Pachoud, B. & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20 – 21), 1555 – 1565, doi/full/10.1080/09638280701618661
- Li, C-C., Chang, S- R. & Shun, S-C. (2019). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), 509-519. DOI: 10.1111/jocn.14640
- Li, C.-C., & Shun, S.-C. (2016). Understanding self care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 12–19 18p. [https://doi.org/ 10.1177/1474515115572046](https://doi.org/10.1177/1474515115572046)
- Liljeroos, M. Agren, S., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2017). Dialogues between nurses, patients with heart failure and their partners during a dyadic psychoeducational intervention: a qualitative study. *BMJ Open*, 7(12), DOI:10.1136/bmjopen-2017-018236
- Liu, M. H., Wang, C. H., Huang, Y. Y., Cherng, W. J., & Wang, K.W. K. (2014). A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. *The Journal of Nursing Research*, 22(2), 136-145. doi:10.1097/jnr.0000000000000024
- Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung*, 43 (4), 292–298.

- Lyngå, P., Rosenqvist, M., Langius-Eklöf, A. (2011) The impact of sense of coherence on quality of life and self-care ability after an interactive patient education programme for patient with heart failure. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1 (3). 501506.
- Läkemedelsverket (2006). Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt – Behandlingsrekommendation. Hämtad från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/hjartsvikt_bokmärken.pdf
- Malterud K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Moser, D.K., Dickson, V., Jaarsma, T., Lee, C., Strömberg, A., & Riegel, B. (2012). Role of Self-Care in the Patient with Heart Failure. *Curr Cardiol Rep*, 14, 265–275.
- Nordlund, A., Berggren, J., Holmström, A., Fu, M. & Wallin, A. (2015). Frequent mild cognitive deficits in several functional domains in elderly patients with heart failure without known cognitive disorders. *Journal of Card Fail*, 21(9), DOI:10.1016/j.cardfail.2015.04.006
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6 uppl.). S:t Louis Mosby.
- Patel, H., Shafazand, M., Schaufelberger, M. & Ekman, I. (2007). Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 9 (6-7), 702–708. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2006.11.002>
- Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (4), 273–279.
- Philipson, H., Ekman, I., Forslund, H.B., Swedberg, K., & Schaufelberger, M. (2013). Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 15(11), 1304–1310. doi: 10.1093/eurjhf/hft097
- Polit, D.F. & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9781496300232
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. F., Coats, A. S., . . . Van der Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2129-2200. doi:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Reeder, K. M., Ercole, P. M., Peek, G. M., & Smith, C. E. (2015). Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(1), E1-E7. doi:10.1097/JCN.0000000000000117

- Riegel, B., Dickson, V. V., Cameron, J., Johnson, J. C., Bunker, S., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Symptom recognition in elders with heart failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 92-100. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01333.x>
- Riks Svikt (2018). Om hjärtsvikt. Hämtad 2018-11-01, från <http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/allmaenhet/om-hjaertsvikt>
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård & SVENSK SJUKSKÖTERSKE (2010). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Hämtad 2018-12-1, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekompwebb.pdf>
- Rodriguez, K., Appelt, C., Switzer, G., Sonel, A., & Arnold, R. (2008). They diagnosed bad heart! A qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung*, 37 (4), 257-265
- Sacco, S.J., Park, C.L., Surech, D.P. & Bliss, D. (2014). Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. *Heart and lung: The journal of acute and critical care*, 43(3), 213–218. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.01.012
- SFS 2014:821. *Patentlag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Fullständigt kunskapsunderlag - Hjärtsvikt. Hämtad 2018-11-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjarta-hjartsvikt.pdf>
- SOSFS 2012:10 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Hämtad 2018-12-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-46>
- Statistiska Centralbyrån. (2015). Sveriges framtida befolkning 2015–2060. Hämtad 2018-09-25, från http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf
- Sterne, P. P., Grossman, S., Migliardi, J. S. & Swallow, A.D. (2014). Nurses' Knowledge of Heart Failure: Implications for Decreasing 30-Day Re-Admission Rates. *Medsurg Nursing*, 23(5), 321 -329.
- Stewart, S., Ekman, I., Ekman, T., Odén, A. & Rosengren, A. (2010). Population Impact of Heart Failure and the Most Common Forms of Cancer. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(6), 573–580. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.110.957571
- Strömberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 363–369

- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Mazur, G. & Froelicher, E. S. (2017). Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1565–1572. doi: [10.2147/CIA.S140309]
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2018-10-22, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Washburn, S.C., Hornberger, C.A., Klutman, A. & Skinner, L. (2005). Nurses' knowledge of heart failure education topics as reported in a small midwestern community hospital. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 215–220.

Bilagor

Bilaga 1

Brev till Verksamhetschefen inom hemsjukvården i Säffle kommun

Vi heter Ikram Abdulle och Khamida Mulikova och läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre vid Göteborgs universitet. Vi ska skriva vår magisteruppsats där vi har valt att skriva om sjuksköterskors i hemsjukvårdens erfarenheter av vad äldre patienter vet om sin diagnos och egenvård vid hjärtsvikt när de vårdas i hemmet. Vi arbetar inom geriatriken i slutenvården och har lång erfarenhet av att vårda äldre patienter med hjärtsvikt. Information och patientundervisning är en viktig del av sjuksköterskans ansvar innan patienten skrivs ut från sjukhuset. Därför är vi intresserade av att undersöka hur våra kollegor inom hemsjukvården upplever att patienterna är informerade och har kunskap om egenvård när de är på hemmaplan. Vi planerar att utföra undersökningen genom semistrukturerade intervjuer på arbetstid, som beräknas ta maximalt 60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter skrivas ut på papper för analys och sammanställning. Detta planeras ske under december 2018. Det är frivilligt att medverka i studien och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan utan förklaring. Insamlade data hanteras konfidentiellt och i låst brandsäkert skåp så inga obehöriga har tillträde till data. Vi skriver nu för att be om din tillåtelse att kontakta sjuksköterskor inom hemsjukvården i Säffle kommun. Du kan besvara brevet genom att skicka mail, se nedan. När vi har fått ditt svar skickar vi information och förfrågan om deltagande i studien till tilltänkta deltagare.

Med vänliga hälsningar

Khamida Mulikova
Leg. sjuksköterska och student
Mail: xxxxxxxxxxxxxxxx
Mobil: xxxxxxxxxxxx

Ikram Abdulle
Leg. sjuksköterska och student
Mail: xxxxxxxxxxxxxxxx
Mobil: xxxxxxxxxxxx

Bilaga 2

Till sjuksköterskor som arbetar inom hemsjukvården

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte

Andelen äldre i befolkningen beräknas bli allt större. Med befolkningens åldrande förväntas fler personer få diagnosen kronisk hjärtsvikt och därigenom leva med detta resten av sitt liv. Hjärtsvikt är också den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus för patienter över 65 år. Patienter med hjärtsvikt behöver sjukdomsspecifik utbildning för att anpassa sig till sitt kroniska tillstånd och utföra egenvård efter utskrivning till hemmet. Vi vill mot bakgrund av detta undersöka sjuksköterskors erfarenheter av vad äldre patienter med hjärtsvikt vet om sin diagnos och egenvård efter utskrivning från slutenvården till hemmet.

Förfrågan om deltagande

Vi har kontaktat verksamhetschefen i hemsjukvården i Säffle kommun för att inhämta tillstånd för att kunna genomföra vår planerade studie, som har godkänt att studien genomförs. Därefter kontaktar vi nu dig som är sjuksköterska och arbetar inom hemsjukvården i Säffle kommun och har minst ett års erfarenhet, vilka är kriterierna för vårt urval, för att ta del av dina erfarenheter.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras med hjälp av en semistrukturerad intervju på arbetstid vilket innebär att vi ställer några öppna frågor för att ge dig som deltagare möjlighet att uttrycka dina erfarenheter av ovanstående frågeställningar. Intervjun beräknas omfatta cirka en timme.

Eventuella risker och fördelar med deltagandet

Vi är medvetna om att arbetsbelastningen inom hemsjukvården kan vara hög och risken finns att deltagandet tar tid ifrån ditt ordinarie arbete. Du bestämmer därför givetvis själv när och var det kan passa att intervjun genomförs. Deltagande i denna studie kan innebära möjligheter att få reflektera över erfarenheter av äldre patienters kunskap om egenvård vid hjärtsvikt efter utskrivning från slutenvården. Vi ser inga risker med deltagandet i studien och vår förhoppning är att medverkande i studien kan bidra till diskussioner på din arbetsplats kring denna patientgrupp.

Hantering av data och sekretess

Alla data hanteras enligt EU:s dataskyddsförordning (General Data Protection Regulation – GDPR). I föreliggande studie kommer inga obehöriga att ha tillgång till intervjumaterialet. Alla data kommer att avidentifieras. Kodlista med namn på deltagarna förvaras separat från intervjumaterialet. Alla data sparas i 10 år för att ge möjlighet till eftergranskning, samt att allt studiematerial förvaras i låst brandsäkert skåp.

Frivillighet

Det är frivilligt att medverka i studien och du har rätt att när som helst välja att avbryta din medverkan utan att ange skäl.

Samtycke

Skriftligt informerat samtycke inhämtas vid intervjun.

Khamida Mulikova
Leg. sjuksköterska och student
Mail: xxxxxxxxxxxxxxxx
Mobil: xxxxxxxxxxxx

Ikram Abdulle
Leg. sjuksköterska och student
Mail: xxxxxxxxxxxxxxxx
Mobil: xxxxxxxxxxxx

Handledare
Helle Wijk
Professor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs Universitet helle.wijk@gu.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Allmänna frågor

- Namn
- Ålder
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat inom hemsjukvården?

Frågor om sjuksköterskans erfarenheter

- Berätta om hur du ser på begreppet egenvård vid hjärtsvikt.
- Berätta om dina erfarenheter av äldre patienters kunskaper om hjärtsvikt.
- Berätta om dina erfarenheter av äldre patienters kunskap om egenvård vid hjärtsvikt.
- Vad är din erfarenhet av äldre patienters egenvård vid hjärtsvikt?
- Kan du beskriva dina erfarenheter av vilka svårigheter äldre möter vid utförandet av egenvård?
- Vad är din uppfattning av patienternas möjligheter till god egenvård?

Följdfrågor

- Kan du utveckla detta?
- Kan du ge något exempel från din vardag?
- Kan du berätta mer?
- Vad tänker du om detta?
- Vad menar du nu?
- På vilket sätt?