



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

RÅDGIVNING OM EGENVÅRD TILL MIGRANTER MED HJÄRTSVIKT: EN KVALITATIV STUDIE OM SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER

Grazyna Szkinc-Olsson, Madeleine Al Liddawi

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete, specialinriktning medicin
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/ 2020
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Angela Bång

Titel svensk:	Rådgivning om egenvård till migranter med hjärtsvikt: en kvalitativ studie om sjuksköterskors erfarenheter
Titel engelsk:	Advice on self-care for migrants with heart failure: a qualitative study of nurses' experiences.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete, specialistinriktning medicin
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/ 2020
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Angela Bång
Nyckelord:	Rådgivning, Egenvård, Migranter, Hjärtsvikt, Sjuksköterskors erfarenheter

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet migranter har ökat snabbt under de senaste decennierna både i Sverige och i Europa. Migranternas upplevelser av att leva med hjärtsvikt innebär svårigheter att hantera och förstå sjukdomen relaterat till språkbarriär samt olika kulturella och religiösa synsätt. Migranter ställer annorlunda krav på det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet än infödda svenskar. Det finns få studier som uppmärksammar egenvårdsproblematik hos migranter vid hjärtsvikt. Nyligen uppmärksammades att migrantpatienter med hjärtsvikt har svårigheter att upptäcka de subtila förändringarna i hälsotillståndet och att tolka symptom. Det är svårt att avgöra vad som är orsaken till problemet då sjuksköterskornas erfarenheter om att ge råd om egenvård inte är välstuderat.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av rådgivning om egenvård till migrantpatienter med hjärtsvikt.

Metod: För att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter valdes kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. I studien valdes induktiv analysprocess för att få fram resultat från berättelser och iakttagelser under intervjuerna.

Resultat: Fyra kategorier växte fram: att anta utmaningar, att arbeta utifrån etiskt och juridisk ansvar, att vara kreativ vid rådgivning och patientens hälsoliteracitet avgör. Studiens fynd visar att det behövs större användning av professionella tolkar, rådgivningsanpassning utifrån patientens kunskapsnivå och kartlägga patientens hälsoliteracitet för att förbättra patientens förmåga till egenvård.

Slutsats: Rådgivning om egenvård har visat på många utmaningar. Studiens resultat kan förbättra sjuksköterskornas arbetssätt genom att aktivt arbeta med de brister som uppmärksammats, vilket är att använda professionell tolk om det finns behov, införskaffa mer kulturell kunskap för att kunna förstå migrantpatienterna som kan leda till förbättrad rådgivning och vikten av att kartlägga patientens hälsoliteracitet.

Nyckelord: Rådgivning, Egenvård, Migranter, Hjärtsvikt, Sjuksköterskors erfarenheter.

Summary

Background: The number of migrants has increased rapidly in recent decades both in Sweden and other countries. The migrants' experiences of living with heart failure mean difficulties to manage and understand the disease related to language barriers as well as different cultural and religious views. Migrants make different demands on the current health system, compared to native Swedes. There are few studies that pay attention to self-care problems for migrants in heart failure. Recently, it was noted that migrant patients with heart failure have difficulty detecting the subtle changes in their state of health and symptom interpretation. It is difficult to determine what the cause of the problem is, as the nurses' experiences in that area is not well studied.

Objective: The aim was to describe nurses' experiences of advising about self-care to the migrant patients with heart failure.

Method: To describe nurses' experiences, a qualitative method with semi-structured interviews was chosen. In the study, an inductive analysis process was chosen to obtain results from narratives and observations during the interviews.

Results: Four categories emerged: to accept challenges, to work on the basis of ethical and legal responsibility, to be creative in counseling and the patient's health literacy determines. The study's findings show that greater use is needed of professional interpreters, counseling adaptation based on the patient's level of knowledge and mapping the patient's health literacy to enhance the patient's ability to self-care.

Conclusion: Advice on self-care has shown many challenges. The results of the study can improve the nurses' way of working by actively working with the shortcomings that have been noticed, which is to use a professional interpreter when needed, acquire more cultural understanding about migrant patients that can lead to improved counseling and the importance of mapping the patient's health literacy.

Keywords: Counseling/Advice, Self-care, Migrants, Heart failure, Nurses' experiences.

Förord

Ett stort tack till vår handledare Harshida Patel för inspiration och stöd.

Vi vill också tacka alla sjuksköterskor som deltagit i studien och delat med sig sina erfarenheter och upplevelser.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Migrant	1
Hjärtsvikt	1
Vårdbehov och dokumentation.....	2
Migranternas erfarenheter av hälso- och sjukvård	3
Egenvård	3
Teoretisk utgångspunkt för egenvård.....	4
Hälsoliteracitet	5
Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar.....	5
Sjuksköterskans roll vid patientundervisning och rådgivning.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod.....	7
Design	7
Urval	8
Förförståelse	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	12
Resultat.....	12
Att anta utmaningar	13
Att hantera kulturella skillnader.....	13
Att hantera språkförbristning	14
Att arbeta utifrån etiskt och juridiskt ansvar	14
Att arbeta patientsäkert	14
Att vara följsam.....	15
Att vara kreativ vid rådgivning.....	16
Att bygga upp en vårdrelation.....	16
Att tänka utanför boxen.....	17
Att använda sig av beprövad erfarenhet.....	17

Att samarbeta i team	17
Att använda sig av tolk	18
Patientens hälsoliteracitet avgör	19
Patientens kunskapsnivå	19
Patientens egenansvar	19
Att hantera egenvård	19
Att använda sig av anhörigstöd	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Slutsats.....	23
Kliniska implikationer	23
Fortsatt forskning.....	24
Referenslista.....	25
Bilagor	

Inledning

Sjuksköterskor som jobbar inom medicin/akutmedicin träffar dagligen patienter med hjärtsvikt. Patienterna söker för succesiv eller akut försämring av symptom som leder till inläggning för behandling eller/och avancerad utredning av hälsotillståndet. En del är migrantpatienter med varierande språkfärdigheter, och med annorlunda vårderfarenheter och förväntningar på vården än svenskfödda patienter. Migrantpatienternas sätt att beskriva symptom, följa ordinationer och kommunicera med sjukvårdspersonalen beror i stor grad på patienternas och personalens etniska och kulturella bakgrund (Hedemalm, Schaufelberger & Ekman, 2007). Sjuksköterskans uppgift är att informera om hälsotillståndet, utredningsförloppet och erbjuda rådgivning om egenvård, vilket är viktigt vid kroniska tillstånd som hjärtsvikt. Sjuksköterskans uppgift är också att försäkra sig om att patienten har hälsokunskap, och förstår och kan tillämpa de råd om egenvård som ges. I dagsläget saknas det studier som belyser sjuksköterskans erfarenheter om egenvårdsrådgivning vid hjärtsvikt till migrantpatienter.

Bakgrund

Migrant

En enhetlig definition av begreppet ”migrant” finns inte, men de som kan inräknas är födda i ett annat land, har ett utländskt medborgarskap, åker till ett annat land för att stanna tillfälligt eller permanent (Anderson & Blinder, 2019) I den här studien är en migrant en person som är född i ett annat land än Sverige, med ett annat modersmål än svenska, och som planerar att stanna tillfälligt eller permanent.

Migrationsverket (2019) framför att antalet migranter har ökat snabbt under de senaste decennierna både i Sverige och i Europa som kommer att fortsätta. Vanligaste orsaken för att komma till Sverige är familjeanknytning, arbete, asyl eller studier. Enligt Sveriges officiella statistik (2019) var det år 2018 ungefär en fjärdedel födda utomlands mellan 20-64 år och framöver kommer det bli fler invandrare än utvandrare, vilket leder till en äldre befolkning med ett flertal utrikesfödda. Centrala Statistikbyrån (2020) framför att det var år 2019 940 580 migranter folkbokförda i Sverige och det motsvarar cirka 9 procent av befolkningen. År 2070 uppskattas andelen utrikesfödda enligt Sveriges officiella statistik (2019) vara upp mot 30 % för de som är 65 år och äldre. Migranter med olika hälsoprofiler och kulturella skillnader ställer andra krav på det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet.

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt definieras som ett kliniskt syndrom vilket kan ge upphov till andfåddhet, trötthet, allmän påverkan och ibland perifera ödem. Vid hjärtsvikt påverkas cirkulationen för både lilla och stora kretsloppet som i sin tur påverkar andra organ. En del av patienterna har symptom medan andra har latent hjärtsvikt som diagnosticeras med ekokardiografi (Vasko, 2013). För

att bedöma graden av hjärtsvikt används en funktionsklassificering som är New York Heart Association (NYHA-klassificering). NYHA I innefattar nedsatt hjärtfunktion men utan symptom, medan NYHA IV betyder en svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Patienten får symptom vid minsta ansträngning och är mesta dels sängliggande (Fisher, 1972). Kronisk hjärtsvikt innebär att diagnosen är säkerställd med insatt livslång behandling, men det kan ändå uppstå försämringar. Det kan även bli akuta försämringar p.g.a. bristfällig läkemedelshantering eller andra komplikationer som t.ex. hjärtrytmrubbningar (Ponikowski et al., 2016).

I en meta-etnografi av 17 kvalitativa och 20 kvantitativa studier (Seah, Tanm & Wang, 2015) där de flesta är utefter patientperspektiv. Forskarna beskriver att patienterna upplever olika känslor beroende på vilka symptom eller besvär som uppstår. Patienterna som upplever det jobbigt känner sig otillräckliga, med en känsla av identitetsförlust och minskad frihetskänsla. Hur upplevelserna av symptomen blir kan ha med kulturella skillnader att göra, och med tidigare sjukdomsupplevelser. Det som avgör om patienterna kan hantera tillståndet är hur stor livsstilsskillnad det blir innan och efter hjärtsvikt. Vid begränsningar i socialt umgänge och fysisk aktivitet får patienterna ofta besvär med stress och oro. Patienterna använder olika strategier för att försöka hantera hjärtsvikten. Strategierna som fungerade bäst var: acceptans, förmedling av deras upplevelser, att få stöd från andra och att försöka anpassa sig till tillståndet.

Alassoud, Johnston och Hogg (2020) gjorde en systematisk genomgång som visar på att de ickevästerländska patienterna har förtroende på att få kunskap om hjärtsvikt från familj, vänner och traditionella läkare, men när det väl var allvarligt hade de även förtroende för vårdpersonal. Kulturella aspekter avgjorde hur de hanterade hjärtsvikten, dock framförs att det är få studier som fokuserat på betydelsen av kulturella skillnader för hur patienter hanterar tillståndet. Det finns studie där patienter sade att de har ett dåligt hjärta p.g.a. guds vilja, och genom bön i kombination med läkemedel kan symptomen lindras (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007). Det fanns också patienter som trodde på besvärjelser från djävulen eller trolldom (Namukwaya, Murray, Downing, Leng & Grant, 2017), eller helt enkelt hjärtsvikt relaterat till stress (Dickson, Mccarthy, Howe, Schipper & Katz, 2013).

Vårdbehov och dokumentation

En högre somatisk sjukvårdskonsumtion har identifierats hos migranter och förklaras sannolikt av den större risken för somatiska diagnoser. Risken att få diagnosen fetma, diabetes, kranskärslsjukdom eller hjärtinfarkt var dubbelt så stor bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med övriga (Gadd, Sundquist, Johansson & Wändell, 2005; Gadd, Johansson, Sundquist & Wändell, 2006; Wändell & Gåfvells, 2007). Kardiovaskulär sjukdom innebär större risk att få kronisk hjärtsvikt (Wändell et al., 2018). Det finns ingen större skillnad i vårdsökandet när det gäller migranter och svenskar för hjärtsvikt (Hedemalm, Schaufelberger & Ekman, 2008b; Hedemalm, Schaufelberger & Ekman, 2010), men det visade sig att dubbelt så många migranter jämfört med svenskar saknade insikt om orsaker till

symptom (Hedemalm et al., 2008b). När det gäller eftervård kände migranter mindre emotionellt stöd genom att de inte kunde dela sina bekymmer med någon (Hedemalm et al., 2010). Vid besök till hjärtsviktsklinik hos sjuksköterska fick migranter fler läkemedelsjusteringar än svenskar, men mindre utförda vitala parametrar och nästan ingen fick skriftlig information (Hedemalm et al., 2007). Författarna i studien konkluderar att migranter inte får tillräcklig information av sjuksköterskan p.g.a. språksvårigheter. Även dokumentationen visade sig vara bristfällig, angående migranternas språkkunskap, tolkbehov, deras upplevelse av hjärtsvikten och konsekvenser i det dagliga livet samt given egenvårdsinformation till patienterna om att känna igen symptom vid försämring och åtgärder när symptomen inträder (Hedemalm et al., 2008a; Hedemalm et al., 2007). Det uppmärksammades också informationsbrist om träning och råd till familjemedlemmar hos alla patienter (Hedemalm et al., 2007).

Migranternas erfarenheter av hälso- och sjukvård

I en meta-etnografi av 27 kvalitativa studier (Luiking et al., 2019) beskriver forskarna att migranterna hade olika sjukdomsbesvär, men inga studier nämnde hjärtsvikt. Migranternas erfarenheter av vården påverkades av personliga faktorer, tidigare erfarenheter, förmåga att integrera, nätverk att vända sig till vid behov, och deras kunskap om hur sjukvårdssystemet var uppbyggt för att erbjuda vård då vissa länder krävde sjukvårdsförsäkring. Migranternas erfarenheter av vården kunde också påverkas av deras förväntningar, och av migranternas socioekonomiska och/eller juridiska status. Bemötandet från vårdpersonalen, språkbarriärer och kulturella skillnader påverkade också deras vårdupplevelser.

Kommunikationssvårigheter och brist på professionella tolkar kan skapa hinder mellan vårdpersonal och patient (Nkulu Kalengayi et al., 2012). Enligt svensk lag (SFS 2017:900) har varje individ rättighet till tolk och det gäller vid all myndighetskontakt. Tidigare forskning visar på att när migranter fick tolk, så användes i 13 % av fallen en professionell tolk, medan i 52 % av fallen tolkade vårdpersonal eller släkting (Hedemalm et al., 2008a). I en annan intervjustudie med patienter framkom missnöje med professionell tolk p.g.a. att de var distraherade och uppvisade brist på engagemang. Tolkarna har ibland bristfällig kunskap om medicinska termer och i svenska språket vilket leder till missförstånd. Vid användning av släkting som tolk uppstår andra problem, t.ex. att de inte delger all information till migranten eftersom det ibland blir för känsloladdat (Krupic, Hellström, Biscevic, Sadic, & Fatahi, 2016).

Egenvård

Riegel, Jaarsma och Strömberg (2012) definierar att egenvård är en naturalistisk beslutsprocess som involverar valet av beteenden som upprätthåller fysiologisk stabilitet (underhåll) och svaret på symptom när de inträder. Enligt WHO (1983) utgår egenvård från att ta till åtgärder både på individ- och samhällsnivå, vilket innebär att förbättra hälsa, förebygga sjukdom, begränsa sjukdom och återställa sin hälsa. Socialstyrelsen (2020)

beskriver egenvård som de hälso- och sjukvårdsåtgärder en person får utföra i hemmet, antingen själv, med stöd av anhöriga eller av personlig assistent.

Det finns kunskap om att patienter upplever svårigheter vid utförandet av egenvård (Nordfonn, Morken, Bru & Husbo, 2019). De emotionella svårigheterna är rädsla och stress av att hantera egenvård, utmaning att leva och hantera sina symptom och att uppleva begränsningar i det dagliga livet. De praktiska svårigheterna med egenvård beror på kontinuitetsbrist i vården, vilket leder till att det är svårare att skapa vårdrelationer, informationsbrist om sin diagnos och utbildningsbrist om egenvård. Det är nödvändigt med en vårdrelation för att hjälpa patienterna att acceptera sin sjukdom och livssituation med egenvård, som ofta upplevs som en börda. Enligt Patel, Shafazand, Schaufelberger och Ekman (2007) är det en utmaning att lära ut om egenvårdsstrategier som i möjligaste mån ska vara skraddarsydd utifrån individens förutsättningar.

Det finns forskning på migrantpopulationen med hjärtsvikt men få studier som fokuserar på egenvård vid hjärtsvikt. Nyligen uppmärksammades en studie från Canada (Surikova, Payne, Miller, Ravaei & Nolan, 2020) där det inte framgår om patienterna är migranter eller inte utan beskrevs deras etniska ursprung (afrikaner, kineser och sydasiater), och studiens syfte var att undersöka egenvårdsförmåga vid hjärtsvikt hos dessa patienter. Studien påvisade att de hade svårigheter med att upptäcka de subtila förändringarna i hälsotillståndet och att tolka symptom. Det beror på att patienterna saknar kunskap och har svårt med egenvård p.g.a. kulturella skillnader när det gäller kost och vätskerestriktion. Deras anhöriga saknar också förståelse och kunskap om hälsotillståndet, och därför kan de inte stödja eller uppmuntra till egenvård. Surikova et al. (2020) påvisar att patienterna i studien har ett flertal återinläggningar p.g.a. försämring av hjärtsvikt. Enligt Mlynarska, Golba och Mlynarski, (2018) har patienterna sämre egenvårdsförmåga. Det poängteras att de flesta följer läkemedelsrekommendationerna men har svårt att följa motionsråd, vätske- och saltrestriktion, men vid sjukdomsacceptans har de bättre förutsättningar med följsamhet. Riegel, Carlson, Moser, Sebern, Hicks och Roland (2004) framför att patientens egenvårdsförmåga beror på hur länge patienten haft hjärtsvikt.

Teoretisk utgångspunkt för egenvård

Orem (2001) definierar i sin omvårdnadsteori egenvård som de handlingar som en människa beslutar sig för och genomför för att upprätthålla liv, hälsan och välbefinnande. Egenvårdsförmågan kan vara ett inlärt beteende eller medveten handling, vilket kan variera mellan olika människor p.g.a. kulturella och sociala faktorer. Egenvårdsförmågan kan även påverkas utefter människans kön, livsstil, resurser och kunskap. Hon påpekar att det är viktigt att ha en balans mellan egenvårdskrav- och kapacitet. När det råder obalans, uppstår omvårdnadsbehov (Orem, 2001). Orem har skapat en allmän teori om egenvård, och det finns en sjukdomsspecifik egenvårdsteori vid hjärtsvikt som kommer ursprungligen från "Middle-range theory of self-care of chronic illness" (Riegel, Jaarsma & Strömberg, 2012). Teorin

uppdaterades av Riegel, Dickson och Faulkner (2016) och är den teoretiska utgångspunkten för studien.

Egenvårdsteori vid hjärtsvikt har tre nyckelbegrepp: *upprätthållande* av egenvård (ta sina mediciner, följa vätske- och saltrestriktioner, rökstopp, hantering av stress, motion), *monitering* av egenvård (noggrann observation av förändringar i kroppen, symptom och tecken), och *hanterande* av egenvård (vidta lämplig åtgärd gällande förändringar, symptom och tecken). När patienten har svårt att hantera en eller flera av dessa nyckelbegrepp kommer egenvården att påverkas negativt (Riegel et al., 2012). Egenvård vid hjärtsvikt är en naturalistisk beslutsprocess där patient, problem och miljöfaktorer samspelar med varandra och påverkar de beslut som tas av patienterna. Faktorer som kan påverka patienternas beslutsprocess är exempelvis förändringar i vardagsrutinerna (resor, familjehögtider) och ytterligare orsaker som etnicitet, socioekonomisk status, ackulturation och hälsoliteracitet (Riegel et al., 2016).

Hälsoliteracitet

Hälsoliteracitet beskrivs som att ha kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen för att bevara, främja hälsa och förbättra livskvalitén under hela livet (Sorensen et al., 2012).

I en systematisk översikt av kvalitativa studier om hälsoliteracitet bland patienter med hjärtsvikt fann Cajita, Cajita och Han (2016) att 39 % av patienterna haft låg hälsoliteracitet, vilket gav sämre följsamhet i egenvård. Resultat av denna översikt visar på att sjuksköterskan, vid rådgivning om egenvård behöver kartlägga patientens hälsoliteracitet och anpassa strategier utifrån patientens kunskapsnivå. Wångdahl, Lytsy och Mårtensson (2014) beskriver att hälsoliteracitet kan mätas på olika sätt, exempelvis genom att använda sig av validerade instrument (frågeformulär).

Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar

Svensk sjuksköterskeförening (2017a) beskriver att sjuksköterskan ska utifrån sin specialistkompetens, sträva efter att behålla och förbättra patientens hälsa, uppnå välbefinnande och livskvalité. Omvårdnad ska utgå från respekt för patientens rättigheter, självbestämmande och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a; SFS 2017:30), vilket innebär partnerskap mellan sjukvårdspersonal, patient och anhöriga (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) betonar att alla i samhället ska få vård på lika villkor oavsett hudfärg, ras, etnicitet, ålder eller kön. För att vägleda sjuksköterskan i etiska frågeställningarna finns det en etisk kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b), där det beskrivs att en bra omvårdnad innefattar respekt för alla, anpassad information p.g.a. kulturskillnader, och att omvårdnadstjänster ska fördelas rättvist med avseende på jämlikhet och rättvisa.

Enligt Socialstyrelsen (2020) ska hälso- och sjukvårdspersonal bedöma om personen kan ta ansvar för egenvård. Sjuksköterskan ska ge patienten rådgivning om egenvård vid kronisk hjärtsvikt (Ponikowski et al., 2016). Detta innebär att ge kunskap om hjärtsviktssymptom för att hjälpa patienterna att känna igen subtila symptomsförändringar och kunna genomföra återgårdar eller fråga om hjälp i rätt tid (Moser, Dickson, Jaarsma, Lee, Stromberg & Riegel, 2012). Betydelsen av information styrks av patientlagen (SFS 2014:821) där det betonas patientens informationsrättigheter om hälsotillståndet, vård- och behandlingsförloppet, eftervård och hur patienten kan förebygga sjukdom eller skada. Informationen ska anpassas till patientens språkliga kunskap och erfarenhet. Vid informationsöverföring behöver det säkerställas att mottagaren har förstått informationen, vilket styrks i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018). Sjuksköterskans rådgivning ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659).

Sjuksköterskans roll vid patientundervisning och rådgivning

I kompetensbeskrivningen (SSF, 2017a) anges att sjuksköterskan ska ansvara för ett flertal kärnkompetenser, varav en är personcentrerad vård (PCV), vilket innebär patientdelaktighet samt att ta hjälp av anhöriga om detta önskas och behov finns. Det finns tre centrala delar i PCV: patientberättelsen, partnerskap och personlig hälsoplan (Ekman & Norberg, 2013). Luiking et al. (2019) styrker att patientens bakgrund behöver tas del av för att kunna bedriva PCV. Patientberättelsen är utgångspunkten, vilket innebär att sjuksköterskan ska lyssna på hur patientens hälsotillstånd/sjukdom påverkar vardagen, och visa lyhördhet för patientens symptom och sjukdomstecken. Partnerskap innebär att sjuksköterskan har en terapeutisk relation med patienten och anhöriga. Patienten är expert på hur hälsotillståndet/sjukdomen känns, medan sjuksköterskan har kunskap och erfarenhet om sjukdomsprocesser, vård och behandlingsprinciper. Båda parter möts för att gemensamt skaffa sig uppfattning om behov, viljan och resurser/hinder och skapar tillsammans en personlig hälsoplan (Ekman & Norberg, 2013).

Patienter med hjärtsvikt behöver kunskap och stöd för att kunna hantera sitt liv så bra som möjligt. Rådgivning om egenvård är ett bra verktyg för sjuksköterskor, och den skall ha fokus på patienternas delaktighet i hjärtsviktsbehandlingen, stabilisera hälsotillståndet, förhindra försämringar och återinläggningar (Surikova et al., 2020). I de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018) rekommenderas att alla patienter med kronisk hjärtsvikt bör erbjudas fysisk aktivitet, och som bör utföras av fysioterapeut där träningen individanpassas. Patienterna får en bättre upplevd livskvalité, muskelstyrka och arbetskapacitet, vilket framöver resulterar i lägre hälso- och sjukvårdskostnader. Rielly et al. (2015) har påvisat att utbildningsprogram om egenvård vid hjärtsvikt leder till kostnadsbesparingar relaterat till färre sjukhusdagar.

Inför rådgivning är det viktigt att utforska patientens förutsättningar. Det innebär att bemöta patienten utifrån tidigare kunskap, erfarenheter och aktuella behov (Ekman & Norberg, 2013).

En sjuksköterska behöver anpassa information/rådgivning för att det ska bli rätt mängd vid rätt tillfälle. Sjuksköterskan behöver förstå patientens situation eftersom det finns faktorer som kan påverka livs- och familjesituationen (Socialstyrelsen, 2018).

Problemformulering

Antalet migranter har ökat under de senaste decennierna i Sverige och i Europa. Kunskapsläget visar på att migranter med olika hälsoprofil och kulturell bakgrund ställer annorlunda krav på det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet än svenskfödda. Kardiovaskulära sjukdomar ökar risken för kronisk hjärtsvikt och är vanligare bland patienter med flyktingbakgrund. Hjärtsvikt är ett kroniskt tillstånd och som kräver en livslång behandling. Egenvård är en del av patientens behandling för att kunna förbättra sin hälsa och begränsa tillståndet. Det kräver en betydande delaktighet från patienten. Brist på egenvård kan leda till återinläggningar och att sjukvårdsresurserna inte används på rätt sätt.

Rådgivning om egenvård vid hjärtsvikt är en viktig vårdinsats. Befintlig forskning inom området utgår i huvudsak från migrantpatienternas perspektiv och handlar om deras lägre förmåga till egenvård, mindre kunskaper om symptom på hjärtsviktsförsämring, och om orsaken till symptom. Kommunikationsproblem p.g.a. språkförbristningar, brist på professionella tolkar, olika värderfarenheter och förväntningar på vården skapar hinder mellan migrantpatienten och vårdpersonalen.

Det saknas studier som belyser sjuksköterskors erfarenheter av rådgivning om egenvård till migrantpatienter, vilket skapar en kunskapslucka. Att öka kunskaperna om sjuksköterskornas erfarenheter av rådgivning till migrantpatienter vid hjärtsvikt kan bidra att potentiella utmaningar och problem identifieras. Det kan bidra till vårdutveckling, bättre förståelse för migrantpatienternas behov, till att förbättra deras hälsokunskap, egenvårdsförmåga samt till effektiv användning av vårdens resurser.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av rådgivning om egenvård till migrantpatienter med hjärtsvikt.

Metod

Design

Eftersom syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Datainsamling utfördes genom semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor, och data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Urval

För att rekrytera sjuksköterskor skickades informationsbrev ut om studien, och forskningspersoninformation (se bilaga 2) skickades via email till verksamhetschefer inom VGR med inriktning hjärtintensivvård, hjärtmottagningar och internmedicin. Riksföreningen för vårdpersonal inom kardiologi kontaktades via email. Verksamhetscheferna förmedlade information om deltagande till sjuksköterskor, som kontaktades av författarna utifrån inklusionskriterier: sjuksköterskor med minst två års yrkeserfarenhet, som arbetar på en avdelning/mottagning med hjärtsviktspatienter, som träffat migranter och som använder sig av rådgivning om egenvård. Sjuksköterskor på hjärtmottagningar prioriterades eftersom de arbetar kontinuerligt med rådgivning och följer patienternas egenvårdsprocess.

För att få variationsrika data valdes deltagarna från olika avdelningar/mottagningar (Danielson, 2012a). En del av verksamhetscheferna svarade inte och en del tackade nej p.g.a. tidsbrist, och en del sjuksköterskor uppfyllde inte inklusionskriterierna. Totalt 14 sjuksköterskor visade viljan och utvaldes att delta, men p.g.a. tidsbrist kunde endast 13 sjuksköterskor intervjuas. Alla var kvinnor, med en ålder mellan 35-62, som jobbade på hjärtintensivavdelning, internmedicin, hjärt-/medicinmottagning och vårdcentral med yrkeserfarenhet/sjuksköterskeexamen mellan 5-38 år. Sjuksköterskornas etnicitet var: svensk (n=11), finsk (n=1) och rysk (n=1).

Förförståelse

Båda författarna hade förförståelse om studiens syfte eftersom de arbetat flertal år inom medicin och träffat en del migrantpatienter med hjärtsvikt. Det ställdes ett flertal krav på oss som sjuksköterskor som till exempel finna strategier att kommunicera med patienter vid språkförbristningar och vara lyhörd för kulturella skillnader. Författarna hade ingen förväntan på studiens resultat utan vart öppensinnade och hoppfulla om att få ytterligare kunskap inom området.

Datainsamling

Deltagarna tillfrågades av sina verksamhetschefer, och efter att kontaktuppgifter om intresserade deltagare erhållits togs vidare kontakt av författarna. Deltagarna fick forskningspersoninformation och möjlighet till samtal med en av författarna för att få svar på eventuella frågor. Författarna förklarade definition av migrantpatient för deltagarna. Därefter kontaktades deltagarna igen för att höra om deras fortsatta vilja till deltagande, och för att bestämma en tid för intervjun. Deltagarna lämnade muntligt eller skriftligt samtycke via email. Innan intervjustart informerades deltagarna om syftet med studien återigen, och informerades om att deras berättelse kommer att spelas in med syfte att genomföra noggranna analyser. Deltagarna fick också information om aidentifiering av inspelade data, garanterades konfidentialitet samt dataförstöring efter färdigt arbete. Deltagarna informerades om rätten till frivilligt deltagande samt möjlighet till att avbryta när som helst under intervjun (Kjellström, 2012). Intervjuerna arrangerades i närheten till deltagarnas arbeten i ett ostört

rum för fysiskt möte, eller via Zoom p.g.a. rådande samhällssituation med distansering till följd av covid-19. Majoriten av intervjuerna utfördes via Zoom.

En provintervju gjordes för att komma in i rollen som intervjuare, testa om den planerade tiden för intervju räcker, om frågorna vart adekvata eller om de behövdes justeras (Danielsson, 2012a; Henricson & Billhult, 2012). Sjuksköterskorna intervjuades en och en, förutom två stycken som intervjuade tillsammans för tidsbesparing vilket blev en typ av fokusgruppsintervju och innebär en diskussion om ämnet tillsammans (Wibeck, 2012). För att undvika bias intervjuade inte forskaren någon som den kände eller var en arbetskollega. Författarna hade intervjuteman att fånga in (se bilaga 1) som stöd för att hålla sig till ämnet. Intervjuerna började med en öppningsfråga: *”kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda migrantpatienter med hjärtsvikt?”*. Det var för att de skulle få möjlighet att tänka fritt, för att få rika och detaljerade beskrivningar om deras erfarenheter om rådgivning. Följdfrågorna (se bilaga 1) ställdes baserat på vad deltagarna sade (Danielson, 2012a) för att klargöra syftet genom en naturlig övergång: *”hur menar du? vill du utveckla? vill du berätta mer om det?”*. Tystnad tilläts under intervjun och hummanden bekräftade berättandet.

Intervjuerna varade mellan 20–40 minuter. Inspelning av de fysiska intervjuerna genomfördes med mobiltelefon, och efter varje inspelning (samma dag) flyttades datafilen över till en dator, lyssnades igenom och antecknades (överskådlig utskrift). Vid användning av Zoom spelades intervjuerna in och datafiler sparades på datorn. Alla sparade filer avidentifierades samt kodades med namn D1, D2 osv. Att lyssna av intervjuerna samma dag underlättade processen att komma ihåg sådant som kan vara av betydelse från intervjun: deltagarnas gester, ansiktsuttryck, tonläge, känslor och pauser (Danielson, 2012a). Samtliga intervjuer flyttades över till USB-minne för säker dataförvaring. Intervjuerna skrevs ut ordagrant. Vid transkribering av texten delades innehållet upp i det som sades av intervjuaren/forskaren (I) och av deltagaren (D), eftersom det underlättade bearbetningen i analyseringsprocessen (Danielson, 2012a). En av intervjuerna blev typ av en fokusgruppsintervju eftersom det var två deltagare som p.g.a. tidsbrist intervjuades samtidigt.

Dataanalys

Kvalitativ induktiv innehållsanalys valdes (Graneheim & Lundman, 2004) för att analysera data från de transkriberade intervjuerna. Induktiv innehållsanalys innebär att allt som berättas relaterat till studiens syfte analyseras och utgångspunkten är innehållet i texten. Det innebär att författarna har försökt att hitta och beskriva de synliga och uppenbara delarna i intervjutexterna, för att kunna senare skapa beskrivande kategorier.

Transkriberade intervjutexter printades ut i pappersformat för att lättare få helhetsgrepp om texten. Alla intervjuer lästes först separat av författarna och sedan gemensamt flera gånger för att bekanta sig med och förstå innehållet. Vid vidare läsning markerades de delar av texten som motsvarade studiens syfte, och anteckningar gjordes på sidans marginaler. Den markerade texten fördes sedan över till ett Word-dokument i en tabell med fyra kolumner:

meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder och kategorier. Vid nästa läsning identifierades meningsenheter, d.v.s. den del av texten som hade central betydelse för syftet. I nästa steg kondenserades meningsenheterna utan att förlora kärnan, och de kondenserade meningsenheterna kodades. De olika koderna jämfördes sedan baserat på skillnader och likheter. Författarna skrev ut alla koder och klippte i remsor för att gruppera tillhörande meningsenheter, kondenserade meningar, koder och kategorier. Varje remsa var märkt med nummer från D1-D13 för att komma åt deltagarnas unika berättelse. Remsorna grupperades efter innehåll och den grupperingen gav 13 underkategorier. Vidare grupperades dessa 13 underkategorier i 4 kategorier. De slutliga kategorierna valdes genom diskussion med handledaren (se tabell 1).

Tabell 1. *Analysprocessen*

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori/Underkategori
<p>Det kan vara kulturella skillnader också som man märker e... vi har haft en del patienter som är... hade andra kulturer andra seder så man är van vid andra saker. Vi hade en kvinna som var svårt hjärtsviktande, hm... jag kommer inte exakt varifrån hon kommer men hennes kultur var det så att är man sjuk då ligger man i sängen. Så jag vet att vi fick kämpa att mobilisera henne och vikten att komma upp så att man inte får lunginflammation eller med svikten att det skulle blir några problem och så, så då vet jag att det blev lite knepigt för att det var väldigt svårt att övertyga henne (D8).</p>	<p>Olika vanor/seder utifrån sin kultur som när man är sjuk så ligger man i sängen. Svårt att övertyga till vikten att mobiliseras</p>	<p>kultur, ett hinder för egenvård</p>	<p>Att anta utmaningar/Att hantera kulturella skillnader</p>
Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori/Underkategori

<p>Informationen som vi ger är ju den samma, både för svenska och invandrare eh och min erfarenhet är att de egentligen ingen skillnad på något sätt så heller utan de kan vara lika svårt och informera till en svensk om egenvård, hur de ska göra sina egenkontroller, så att de har inget med etnicitet att göra utan med personlighet att göra kan jag tycka. Så att de kan vara en migrant patient som fullföljer, dem lyssnar allt vad vi säger, dem vill göra rätt för sig oo lyssnar på våra råd ehm, och lika bra som en svensk, sedan så kan de vara en svensk patient som missuppfattar oo inte lyssnar oo följer våra råd heller så att de är ingen skillnad (D7).</p>	<p>Oberoende av etnicitet ges samma information om egenvård och hur de råden följs beror på individnivå och personlighet än ens etnicitet</p>	<p>Följsamhet i Rådgivningsamtal och anpassa till patientens nivå oberoende etnicitet</p>	<p>Att arbeta utifrån etiskt och juridiskt ansvar/ Att vara följsam</p>
--	---	---	---

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori/ Underkategori
<p>Det här ska du ha och det här ska du ha, sa slutade det att jag ritade hur ofta han ska ha de, ritade på lista tecken "god morgon " och "god natt" och så fick han rita på varje burk (D5).</p>	<p>Anvisning med bilder hur man ta sina mediciner när man inte kan läsa</p>	<p>Utgå från individens förutsättningar/resurser till egenvårdsförmåga</p>	<p>Att vara kreativ vid rådgivning/Att tänka utanför boxen</p>
Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori/ Underkategori

Framför allt våra pumppatienter som har hjärtpumpar så få anhöriga samma utbildning som patienten för att de ska kunna stötta är, patienten men att de också ska kunna kliva in när det behövs, om patienten är väldigt trött och tagen eller om det är något som inträffar så att vi använder oss mycket av anhöriga och utbildar de också(D8).	Anhöriga få samma utbildning som patienter för att kunna finnas till hands vid behov	Viktigt att göra anhöriga delaktiga i rådgivningen/utbildningen	Patientens hälsoliteracitet avgör/Anhörigstöd
---	--	---	---

Forskningsetiska överväganden

De centrala beaktade etiska aspekterna i studien var respekt för människovärdet och autonomi, integritet och säkerhet samt avvägning mellan risker och kunskapsvinster (SFS 2003:460). Intervjuer som datainsamlingsmetod valdes för att fylla kunskapsgapet, men deltagarna informerades i detalj om vad som förväntades av dem. Deltagarna fick ta del av forskningspersonsinformation i form av ett brev via email med information om studiens syfte, genomförande, frivillighet att delta i studien och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan krav på förklaring. Deltagarna fick information att det kan finnas risker för att obehagliga känslor som kunde komma fram under intervjun, och fick avbryta intervju när som helst och fanns möjlighet till stödsamtal. Fördelarna med att delta i intervju var att sjuksköterskors erfarenheter och kunskap belystes och skapade möjligheter till fördjupad kunskap inom området (se bilaga 2). Samtycket inhämtades muntligt och skriftligt (SFS 2003:460). Personliga uppgifter om deltagarna och insamlat material sparades så att ingen obehörig kunde komma åt det enligt lagen om Dataskyddsförordningen (SFS 2018:218) för att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks. Enbart författarna och handledaren hade tillgång till intervjumaterialet. Intervjuer genomfördes i enrum utan närvaro av obehöriga. Avidentifiering av intervjuer gjordes genom kodning för att garantera konfidentialitet. Insamlat material och deltagarnas uppgifter användes enbart för forskningsändamål. När arbetet är klart kommer all data att förstöras.

Resultat

De aktuella egenvårdsråden till patienterna under sjuksköterskebesöket hade huvudfokus på hur patienterna ska tänka vid justering av vätskedrivande läkemedel, vikten av att väga sig, kroppskänedom om symptomförändringar och kroppsinsektion som svullna ben. Att gå igenom kosthållning och livsvanor som t.ex. rökning var inte huvudfokus om inte patienterna frågade efter det. Innehållet och detaljerna i rådgivningen avgjordes av vårdnivå- och situation patienten befann sig i, tillgänglig tid och patientens mottaglighet.

Vid rådgivning om egenvård upplevde sjuksköterskorna en del utmaningar, vilket handlade om att hantera kulturella skillnader och språkförbristningar. Sjuksköterskorna behövde också tänka ständigt på deras etiska och juridiska ansvar, som innebar att arbeta patientsäkert men också att hur väl följsamma de var i deras informationsöverföring vid rådgivning. Vid rådgivning behövde sjuksköterskorna vara kreativa som innebar bygga upp vårdrelationer, använda sig av ens tidigare erfarenheter och anpassa rådgivningen med diverse olika strategier. Patientens egenansvar påverkades av hälsoliteracitet, kunskapsnivå men också av det sociala stödet från omgivningen. Resultatets översikt redovisas i figur 1.



Figur 1. Översikt av resultatet

Att anta utmaningar

De flesta sjuksköterskor berättade om att svårigheterna låg i att lära ut från sjuksköterskeperspektiv och lära in från patientperspektiv. Sjuksköterskorna berättade att de måste vara öppna och lyssnande, men det kunde vara utmanande när det fanns kulturella skillnader. Sjuksköterskan behövde göra en bedömning av patientens förmåga till egenvård och identifiera patientens egna eller omgivningens resurser, vilket kunde vara svårt att bedöma hos migrantpatienterna på grund av språkförbristning.

Att hantera kulturella skillnader

Sjuksköterskorna berättade att migranterna kunde ha en annan förståelse om egenvård än dem, vilket ansågs bero på kulturella skillnader. Det resulterade till att sjuksköterskorna hade det svårt att förstå patienternas prioriteringar. Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet vid kulturella skillnader, framför allt om hur de skulle förhålla sig och lära ut om livsstil och läkemedel. Ytterligare kulturella skillnader som var utmanande för sjuksköterskorna var kopplade till patienternas olika prioriteringar, andra vanor eller annorlunda beteenden utefter situation.

Ramadan [...] religionen är viktigare än att ta sina mediciner, att vara följsam och vad de bör tänka på [...] Jag pratar sällan om vätskerestriktion, jag pratar många gånger att man ska dricka mycket, det ett problem under den perioden [...] blir svårt hur jag ska hantera det medicinska kontra personens önskan om att leva efter sin religion. (D12)

Det tar tid att lära sig egenvård enligt sjuksköterskorna p.g.a. att förståelsen och innebörden av egenvård varierar mellan kulturer men också individuellt, vilket innebär att det krävs att man avsätter tid för patienterna. En utmaning för sjuksköterskorna var att säkerställa vad deras patient hade förstått, vilket kan bli svårt när det inte fungerar att komma dem nära p.g.a. deras försvarsmekanismer, att undanhålla eller anse att de bör vara till lags. Sjuksköterskorna ansåg att det var kopplat till deras kulturella skillnad. Det leder till en kunskapslucka om deras livssituation. Sjuksköterskan sade: ”De vill kanske inte visa om de har förstått någonting och det märks genom att de är snabba med att säga ja, nicka och vilja gå vidare” (D9).

Patienter kunde även ha olika uppfattningar om vad en sjuksköterska bör göra p.g.a. kulturella skillnader. Enligt sjuksköterskorna vill patienterna att läkemedelsjusteringar ska genomföras endast av läkare, vilket innebär att patienterna hade det svårt ibland att förstå det svenska sjukvårdssystemet. Det var jobbigt för sjuksköterskan som upplevde känsla av att bli ifrågasatt i sin roll. Sjuksköterskorna poängterade också att det kan vara utmanande att arbeta personcentrerat, eftersom vissa patienter inte hade tidigare erfarenhet av detta arbetssätt. Istället trodde de att sjuksköterskorna saknade kunskap när de försökte göra patienterna delaktiga genom att ställa krav. Patienterna hade svårt att föra ett samtal, där de fick jämlik ställning. Patienterna vill ha information med raka och tydliga budskap om hur de ska göra.

Att hantera språkförbristning

Begränsade språkkunskaper hos patienterna var en av huvudutmaningarna för att nå fram med budskapet, vilket resulterade till att sjuksköterskorna behövde anpassa rådgivningen som innefattade att prata så kort och koncist som möjligt, välja ut det som var mest relevant och boka om mötet med en professionell tolk. Det var svårt för sjuksköterskorna att säkerställa informationsöverföringen när det fanns risk för missförstånd vid språkförbristning. Det blev därför en utmaning att anpassa informationen till individens behov p.g.a. det var svårt att identifiera patientens resurser och färdigheter.

Att arbeta utifrån etiskt och juridiskt ansvar

Sjuksköterskorna i studien visade sig vara medvetna om deras etiska och juridiska ansvar. Begrepp som patientsäkerhet, integritet, betydelsen av personcentrerat förhållningssätt, autonomi och rättighet till samma information var återkommande i intervjuerna.

Att arbeta patientsäkert

Sjuksköterskorna nämner flera olika patientsäkerhetsaspekter, t.ex. vikten av att föra dokumentation om patienternas aktivitetsförmågor, skriv- och läsförmåga. Det är även viktigt att ha insikt om hur resurser ska fördelas utefter var de mest behövs (ifall bristande resurser).

Vid dokumentationsbrist finns det risk för att viktig information försummas. Ibland kan det finnas förutfattade meningar från sjuksköterskan:

[...] Jag gick igenom hela vårdtillfället och ingen har frågat honom (var analfabet)[...] Medan jag kanske förutsätter att en person som inte är särskilt utbildad från Afghanistan faktiskt är analfabet. (D5)

När det gäller läkemedelsintag behöver sjuksköterskan försäkra sig om att patienten har förstått vikten av att ta läkemedel på rätt sätt, med rätt dos och vid rätt tidpunkt. Sjuksköterskorna beskrev att de behöver försäkra sig om att patienten har förstått informationen, och vid språkbarriär ska tolk erbjudas för att undvika hotad patientsäkerhet. Det fanns sjuksköterskor som insåg att de inte använder tolk så mycket vid omvårdandet som de egentligen bör göra. Alla har rättighet att få samma information och tillgänglighet, vilket hör till sjuksköterskans juridiska och etiska ansvar. Sjuksköterskorna belyste att de behöver ha i beaktande att patienterna, oberoende av etnicitet, har olika förmågor till att genomföra egenvård, vilket innebär behov av anpassning av rådgivningen och av att ge patienter extra stöd när det behövs som t.ex. att förklara hur redskap fungerar eller att visa hur de ska göra, för att optimera patientsäkerheten: *"[...] Målet är att komma hem och kunna klara av systemet (hjärtpumpen) [...] Hur mycket de får dricka, väldigt svårt när de kanske inte alls kan mäta upp hur en 0,5 liter är"* (D5).

Ibland framkom att viljan fanns från båda parter, men rådande omständigheter orsakade hinder utifrån patientens lagliga status. Det blir svårt för sjuksköterskorna att ge råd och bemöta patienter med en komplicerad social (migrationsstatus, lagar/regler) och ekonomisk situation. Här blir sjuksköterskan som en advokat för patienten:

Compliance och språkförbristningen var inte något stort problem [...] mer med lagar och regler [...] sen var det här med mediciner[...] då var det kostnadsfrågan [...] så då fick vi skicka med honom mediciner [...]. (D8)

Att vara följsam

Det var viktigt att sjuksköterskan var följsam i sitt arbetssätt, hur hen skulle tänka och planera rådgivningen, för att inte missa något och som framför allt är betydelsefullt när det fanns ett flertal hinder som sjuksköterskan möter, t.ex. språk och kulturella barriärer. Att vara följsam skapade bättre förutsättningar för att få en informationsrik patientberättelse. Sjuksköterskorna betonade att samtalen med patient/anhörig skulle implementeras på ett respektfullt, etiskt och ett icke fördömande sätt.

Sjuksköterskorna betonade att det är viktigt att kartlägga vem man har framför sig, eftersom patienten kan vara välutbildad och ha enastående språkfärdigheter, men ändå ha kunskapsbrist om hur kroppen fungerar vid hjärtsvikt. Sjuksköterskorna försökte arbeta för att anpassa informationsöverföringen, men ibland uppstod svårigheter i att uppfatta om anhörig/patient tog till sig informationen korrekt. För att optimera informationsöverföringen enligt sjuksköterskorna behövde rådgivningssamtalen ges på rätt sätt och vid rätt tillfälle, för att optimera patienternas möjlighet att ta sig de givna råden. Det var dock svårt att prioritera

rådgivning inom akutvård p.g.a. tidsbrist, men också p.g.a. osäkerhet om patientens mottaglighet att ta emot förmedlad information.

Att vara kreativ vid rådgivning

Sjuksköterskor påtalade hur viktigt det är att anpassa metoder för att nå ut med information till patienterna med syftet att patienterna ska förstå betydelsen av egenvård. Sjuksköterskor använde sig i första hand av en professionell tolk men vid brist på tillgång blev det istället anhörig eller kollegor som pratade patientens modersmål. När ingen av de här alternativen fanns fick sjuksköterskorna vara kreativa och använda sig av Google translate och kroppsspråket. För patienterna som kunde läsa och skiva fanns skriftlig information på deras modersmål via broschyrer, blädderkort och på en digital plattform kallad heartfailurematters. Sjuksköterskorna behövde tänka utanför boxen när det visade sig att språkbarriär och hälsoliteracitet var ett problem. De fick vara innovativa och använda sig av handgjorda bilder och scheman för att t.ex. notera vätskemängden. Vissa sjuksköterskor upplevde att det var viktigt med fysiskt besök för att upptäcka vilka behov patienterna har och hur kunskapen är om deras hälsosituation. Ibland behövde sjuksköterskorna koppla in andra yrkeskategorier för att skapa så bra förutsättningar som möjligt för patienternas egenvård. För att underlätta patientens egenvård och bygga en vårdande relation med alla parter behövde sjuksköterskorna involvera anhöriga i sina rådgivningssamtal.

Att bygga upp en vårdrelation

En återkommande strategi bland sjuksköterskorna var att låta patienten berätta om sina tankar och funderingar kring hälsosituationen och aktuella behov. Det var viktigt för sjuksköterskorna att utgå från patientens egna frågeställningar istället för att ”brassa på” med information som patienten inte var mottaglig för. Flera sköterskor upplevde att den personliga kontakten med patienterna var ett naturligt steg i att bygga upp en vårdrelation där man kunde lära känna varandra och skaffa sig en djupare uppfattning, både om patientens hälsotillstånd och om patienten som person. Ett fysiskt möte skapar förutsättningar för att få information när orden inte räcker till:

[...] När en patient kommer på fysiskt besök, vi tar blodtryck, vi tar EKG, vi tar blodprover man liksom tar på patienten på ett annat sätt och man får ju mycket information bara på det [...]. (D7)

Flera sjuksköterskor upplevde brister i egenvård hos patienterna, därför erbjöds stöd i form av extra besök eller telefonkontakt. Sjuksköterskans roll var att stödja och motivera patienten på olika sätt genom att visa ”svart på vitt” att det fungerar om egenvårdsråd följs. Sjuksköterskorna använde också kroppsspråket för att förstärka den verbala informationen. Flera sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att ha en vårdrelation med patientens anhöriga. Anhöriga var en tillgång för patienten och sjuksköterskan, därför var det naturligt att engagera dem i patientens egenvård. Att bygga en relation innebär att ha ett vårdande samtal, vidare att välja samtalsstrategier som passar patientens förutsättningar, stödja och motivera patienten i egenvård. Flera sjuksköterskor upplevde att olika samtalsstrategier

underlättade rådgivning och patientens förståelse av innebörden i den. En återkommande strategi var att patienten fick lära genom ”teach back”, där hen skulle återberätta eller ge en sammanfattning av rådgivningen. Sjuksköterskorna upplevde att det viktigaste var att patienten förstod vilket mål dessa egenvårdsåtgärder hade. En annan strategi bland sjuksköterskorna var att tillåta några minuters tystnad för att patienten skulle själv reflektera och initiera en fråga eller diskussion, vilket gav en naturlig bekräftelse på innebörden av samtalet.

Man få försöka [...] peppa patienten liksom det här, att de själva ser att det ger liksom resultat, kanske [...] att vikten går ner, att de får mindre ödem, att det blir lättare att andas är [...] man kan jo även, liksom, vi har jo BNP provet som ett instrument också. (D11)

Att tänka utanför boxen

Flera sjuksköterskor jobbade med patienter som inte kunde läsa och skriva, vilket innebar att de fick vara uppfinningsrika, att använda sin kreativitet och ”tänka utanför boxen”. För att klara av situationen skapade de teckningar för att underlätta medicinintag: ”Det här ska du ha och det här ska du ha, så slutade det att jag ritade hur ofta han ska ha de, ritade på lista tecken ” god morgon ” och ” god natt ” och så fick han rita på varje burk ”(D5).

Att använda sig av beprövad erfarenhet

En återkommande upplevelse bland sjuksköterskorna var att den personliga kontakten via fysiskt möte med patienten var avgörande för att försäkra sig om att patienten har förstått rådgivningen. Vid ett fysiskt besök kan sjuksköterskan använda sig av icke verbal kommunikation och sin ”kliniska blick”: ”Sedan man kan känna av lite, det är magkänsla om man har jobbat många år, man ser också i blicken och beteenden om man förstår eller inte vad du pratar om” (D10).

Att samarbeta i team

Enligt sjuksköterskorna, ett posttraumatiskt stressyndrom efter traumatiska upplevelser i patienternas hemländer påverkade deras förmåga att fokusera på sin hälsa och motivation till egenvård. Sjuksköterskorna använde kurator, psykolog och fysioterapeut för att hjälpa patienterna att komma vidare, bearbeta sina problem och göra det möjligt att komma ur krisen. Flera sjuksköterskor nämnde att migrantpatienter behövde ekonomiskt stöd för att få råd med sina mediciner när de blev ordinerade dyrare läkemedel. Sjuksköterskorna upplevde att ett samarbete med det mobila teamet eller hemsjukvården kunde hjälpa patienterna med bättre följsamhet av egenvård.

Den här kvinnan som är från Syrien, hon har så mycket annat när hon kommer till mina besök så ibland vet ja inte riktigt om hon, alltså tycker de jag pratar om är viktigast för henne just då, utan de är mer att hon ska få uppehållstillstånd [...], hon lever ju i en oerhörd press hela tiden, så de här med hennes blodtryck eller hjärtbekymmer, de kommer liksom lite [...] sekundärt. (D13)

Det var återkommande upplevelse bland sjuksköterskorna att migrantpatienterna inte kände till hur det svenska sjukvårdssystemet var organiserat, och hade svårt att navigera i det och

hitta rätt vårdnivå. Patienterna behövde hjälp av sjuksköterskan med olika brev och dokument för att hitta bland olika myndigheter.

Att använda sig av tolk

Sjuksköterskorna framförde att professionell tolk var att rekommendera men ibland önskade patienterna anhörig som tolk, eller ingen alls p.g.a. de ansåg sig ha tillräckliga språkfärdigheter. När anhörig tolkade upplevde sjuksköterskorna att det var det svårt att få fram en verklighetsbild om patientens mående, och det fanns större risk för inkorrekt översättning och att samtalet togs över av anhörig: *[...] patienten ställer inga frågor tillbaka (envägskommunikation) [...] solklart? Eller förstår inte och vill inte fråga [...] sen förlitar de sig kanske på dem” (D10)*. Sjuksköterskorna beskrev betydelsen av att motivera patienter och/eller anhöriga om fördelarna med professionell tolk, att patienten kan prata mer om hur hen mår och större potential till korrekt medicinsk översättning. Sjuksköterskan sade: *”Får väldigt bra information utav patienten via tolken, de får jag aldrig när anhöriga tolkar” (D13)*.

Vid tolkanvändning fanns det både för- och nackdelar enligt sjuksköterskorna. Fördelarna med tolk är möjligheten till en bättre kommunikation och relation mellan sjuksköterskan och patienten. Nackdelen var olika kvalitet på tolken, hur de översatte, medicinsk kompetens m.m. Det kunde också bli ett problematiskt trepartssamtal eftersom alla kunde ha olika synsätt på symptom och sjukdom. När väl sjuksköterskan skulle överväga tolk var det svårt att motivera patienten när de hade delade meningar, men i slutändan var patienten oftast nöjd med tolksamtalet. Det fanns dock patienter som inte vill ha tolk p.g.a. tidigare negativa erfarenheter:

Alla vill inte ha tolk [...] tycker inte har tolkat de dem har sagt [...] känner varandra liksom i andra situationer (skrattar) [...] Inte alltid heller att de säger när man ska beställa, att dem vill ha en speciell dialekt. (D13)

Endast en sjuksköterska lyfte betydelsen av att hitta rätt tolk, vilket innebär korrekt översättning, rätt dialekt och samkönad tolk som många efterfrågade. Det innebar att sjuksköterskan måste tänka på ett flertal saker när en tolk beställs, och därför var det viktigt att se över patientens behov. Sjuksköterskorna beskrev även att det fanns olika sätt att använda tolk, via telefon eller fysiskt. Det fanns både positiva och negativa känslor med användning av telefontolk, men de flesta ansåg att det var en bättre strategi med att använda en tolk fysiskt på plats p.g.a. bättre samspel och konversation relaterat till kroppsspråket.

Ett samspel när man ska pausa och så vidare (fysisk tolk) [...] Med en telefontolk får man oftare en tolk och kanske rätt kompetens [...] det kan också vara problem, en känsla av att telefontolken kanske inte heller har den bästa översättningen”. (D12) Telefonerna är inte alltid jätte bra [...] man sätter på högtalare och så hör patienterna sådär. (D6)

Patientens hälsoliteracitet avgör

Denna kategori innehåller olika faktorer som inverkar på patientens förmåga till egenvård utifrån patientens hälsokunskaper och förmågan att tillämpa dessa.

Patientens kunskapsnivå

Patientens kroppskännedom var lägre än vad sjuksköterskorna trodde. Migrantpatienterna hade svårt att förklara sina symptom p.g.a. begränsad anatomikunskap. Enligt sjuksköterskorna hade patienterna svårt att förstå de fysiologiska mekanismerna på en enklare nivå, hade svårt att tala om sin kropp, bearbeta, och att använda information som de fått. Migrantpatienterna hade varierande bakgrund. En del var analfabeter och några hade inte lärt sig sitt modersmål ordentligt eftersom de varit länge på flykt. Patienterna hade olika utbildnings- och olika kunskapsnivå och hade svårt för att uttrycka sina känslor och behov.

[...] De som kommer från utomeuropeiska länder, att de gäller att hitta, att de kan vara svårigheter o förstå organ, organen hur de fungerar och hitta den världsbilden eller ska man säga kroppskännedomen och förklaringsmodellen till dem symptom man har, hur de hänger ihop, de är svårigheten, det är min erfarenhet. (D12)

Flera sjuksköterskor upplevde att migrantpatienterna hade bristande sjukdomsinsikt, hade svårt med att hantera bland annat vätskebalansen, och att de kände sig osäkra kring justeringen av sina mediciner vilket ledde till att de var felmedicinerade och försämrade i sin hjärtsvikt. Patientens syn på fysisk aktivitet hängde ihop med deras bristande kroppskännedom. I synnerhet var det kvinnorna som inte förstod vinsten med fysisk aktivitet utanför hemmet utan tyckte att hushållsarbete var tillräckligt som motion.

Patientens egenansvar

Sjuksköterskor uttryckte att patientens egenansvar var en förutsättning för att kunna bevara och förbättra sin hälsa. Hjärtsvikt är ett kroniskt tillstånd och patienten behövde vara engagerad i att tolka, ha insikt i och åtgärda sina symptom i tid vid försämring. Egenvård var en avgörande del av behandlingen vid hjärtsvikt, vilket gav förutsättning att hen kunde kontrollera tillståndet och sitt liv. Egenvård minskade patientens beroende av sjukvården, minskade försämring i hälsotillståndet och återinläggningar.

[...] Egenvård, att man vinner på det i längden, [...] viktigt att patienten känner sig delaktig, [...] patienten har någon typ av kontroll över sitt eget liv att det känns meningsfullt med det man gör och varför. (D8)

Att hantera egenvård

Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att prata om egenvård och ge rådgivning om livsstilsförändringar och hade det svårare att hantera egenvårdsråd gällande rökning, kost, vätskebalans och fysisk aktivitet. Patienten uppfattade det som att det ställdes förväntningar på dem som krävde utgifter (oftast diet råd) utan ordentlig förklaring, vilket kunde ha en avskräckande verkan. Även om vissa egenvårdsråd var svåra att delge så upplevde de flesta sjuksköterskor att patienterna hade tilltro till sin egenförmåga. Förmågan berodde inte på

patientens etnicitet utan på förståelsen av vikten med egenvård. Patientens ålder, bakgrund, utbildning, hälsokunskap och socioekonomisk status påverkade den förmågan. Traumatiska händelser och stress orsakade att patienterna inte följde råd och rekommendationer. Ibland var det ensamhet och isolation från anhöriga som påverkade patientens intresse och motivation till egenvård, vilket ledde till att deras hälsa inte kunde prioriteras.

[...] Anhöriga har inte kommit hit, anhöriga är borta, anhöriga är fast på vägen, eller man vet inte vad som har hänt och då spelar de ingen roll om man själv är sjuk, för det är inte viktigt om ingen annan är här [...]. (D6)

Att använda sig av anhörigstöd

Flera sjuksköterskor upplevde att vid egenvård var det avgörande hos de äldre patienterna att få hjälp från anhöriga (oftast barnen). Många patienter behövde hjälp med mediciner och praktisk hjälp i hemmet p.g.a. nedsatt kognitiv förmåga och multisjuklighet. I vissa fall var anhöriga nödvändiga för att hjälpa till med skötsel av avancerad medicinsk utrustning.

Framför allt våra pumppatienter som har hjärtpumpar så får anhöriga samma utbildning som patienten för att de ska kunna stötta är [...] patienten men att de också ska kunna kliva in när det behövs, om patienten är väldigt trött och tagen eller om det är något som inträffar så att vi använder oss mycket av anhöriga och utbildar de också [...]. (D8)

Metoddiskussion

Syftet med studien var att få en beskrivning på sjuksköterskornas erfarenheter och därför valdes kvalitativ forskningsansats. Strategiskt urval gjordes utifrån inklusionskriterier och för att få variationsrik data. Sjuksköterskor från olika enheter bidrog till olika erfarenheter ur flera perspektiv för en rik och validerad bild av rådgivning om egenvård till patienter med migrantbakgrund (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Antalet deltagare med erfarenheter från olika bakgrund är en styrka i studien (Danielson, 2012b). Majoriteten arbetade på hjärtmottagningsenheter där egenvårdsrådgivning och tät kontakt med patienterna är rutinarbete, vilket bidrog till värdefull information. En begränsning i urvalet av deltagarna var att de flesta hade svensk etnicitet, men studien kan visa på hur de som har svensk etnicitet tänker och vilken kunskap de har om andra kulturer.

Studiens trovärdighet styrktes genom adekvat val av metod för att svara på syftet med att beskriva någons erfarenheter (Danielson, 2012b). Inför datainsamlingen fick deltagarna en öppen fråga som utgångspunkt för att låta dem prata fritt och följdfrågor ställdes utifrån svaren för att få mer detaljer och informationsrika svar. Begränsningen här kan ha varit oerfarna intervjuare, vilket kan ha resulterat till att viss viktig information kan ha missats på grund av att det inte ställdes korrekta eller fler följdfrågor. Innan intervjun ville några deltagare diskutera begreppet migrant för att säkerställa att det deras synsätt hängde samman med studiens syfte. Ingen av deltagarna ville avbryta intervjun, ingen hade blivit påverkad negativt av att återberätta händelser och ingen kände behov av stödsamtal med intervjuaren efteråt.

Trovärdigheten i analysprocessen betonades genom en noggrann dataanalys. Författarna lyssnade på intervjuerna ett par gånger och markerade delar av texten som svarade mot studiens syfte, och eftersom det inte fanns tidigare erfarenheter om analyser av intervjudata tog det lång tid i anspråk vid analysprocessen. Författarna hade dock en medbedömare som var deras handledare som är en erfaren forskare vilket styrker tillförlitlighet för dataanalysen. Under hela analysprocessen var det fokus på studiens syfte och att verkligen förstå det deltagarna sade för att minska risken för att något missades. Om författarna hade större erfarenhet att jobba med kvalitativ metod innan hade det varit lättare och kanske undvikit osäkerhet under processen.

Båda författarna har tidigare jobbat med migrantpatienter med kroniska tillstånd/sjukdomar. Författarna kände inte deltagarna i studien, men hade liknande arbetserfarenheter så det fanns en viss förförståelse vid mötet med migrantpatienter med hjärtsvikt. Vid dataanalys såg författarna det uppenbara innehållet i texten, men för att inte missa något eller påverka innehållet för mycket omvärderade författarna tolkningarna genom diskussion för att komma överens om innehållet i texten. Eftersom området inte var välstuderat från sjuksköterskeperspektivet påverkade inte litteraturen som användes i bakgrunden författarnas analyseringsprocess, vilket säkrade studiens pålitlighet. Resultaten av studien kan överföras till andra grupper av patienter som befinner sig med liknande kronisk sjukdomskontext t.ex. rådgivning till migrantpatienter vid diabetes.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna berättade om sina erfarenheter av att ge rådgivning om egenvård till migranter, som var kopplat till flera faktorer, t.ex. svårigheter vid kulturella skillnader. Språkbarriärer krävde tolkanvändning, tidskrävande besök och innebar risk för missförstånd. Sjuksköterskorna påtalade betydelsen av att vara öppen och lyssna in patienternas berättelse för att anpassa rådgivningen till patientens behov. Förutom språkstöd behöver denna grupp av patienter praktiskt stöd om att navigera rätt i hälso- och sjukvårdssystemet, stöd i svåra livssituationer samt motivation och uppmuntran.

Sjuksköterskornas utmaning var att överbrygga kulturella skillnader för att förstå patienterna, vilket betonades i tidigare forskning (Hedemalm et al., 2007, Alassound et al., 2020, Pettenden et al., 2007, Namukwaya et al., 2017 & Dickson et al., 2013) om patientens perspektiv, där kulturella skillnader kunde påverka deras egenvårdsförmåga.

Sjuksköterskorna ställde frågan till sig själva vid mötet med en svårt sjuk och sängliggande patient med hjärtsvikt: var det lättutlösta symptom eller kulturella grunder som låg bakom sängläget? Enligt Davidson et al. (2007) finns det kulturer som rekommenderar sängläge och vila i dessa fall, men det är viktigt att komma ihåg det som Fisher (1972) påtalade: svår hjärtsvikt (NYHA IV) innebär svåra symptom, vilket gör att patienterna mestadels är sängliggande. Patienterna kan också må psykiskt dåligt och inte orka komma upp ur sängen,

vilket kan bero på de negativa känslorna som utvecklas relaterat till symptomsbesvär. Det kan vara olika grad av negativa känslor beroende på patientens tidigare sjukdomserfarenheter, kulturella skillnader m.m. (Seah et al., 2015). En annan kulturell utmaning var att förstå och förhålla sig till patienterna när de hade andra prioriteringar (fasta under ramadan m.m.). Missförstånd uppstod, delvis p.g.a. deltagande sjuksköterskor hade en annan kulturell bakgrund än patienterna. Missförstånden kan bero på brist på kulturell förståelse för patienternas livssituation och prioriteringar som till exempel inom islam (2016) har svårt sjuka rätt till att göra uppehåll med fastandet under ramadan. Det kan också ske missförstånd p.g.a. språkbarriär. Enligt Ho (2009) är det risk för missförstånd när vårdgivaren och patienten har olika härkomst, vilket leder till problem att kommunicera och förståelse för värderingar och kulturella seder. Det är viktigt att sjuksköterskorna har kulturell kunskap (Lor, Crooks & Tluczek, 2016) för att vara förstående för andras kulturella livsinställningar och olika sätt att se på sjukdom och hälsa. När det finns andra prioriteringar, kulturella skillnader eller missförstånd relaterat till eventuella språkbarriärer kan det leda till att patienterna inte får de korrekta verktygen från vårdpersonal för att kunna hantera sin egenvård, vilket är ett av de nyckelbegreppen i egenvården (Riegel et al., 2012).

I intervjuerna framkom att patienter, oavsett etnicitet, hade tilltro till sin egenvårdsförmåga, men den avgörande faktorn för en lyckad egenvård var patientens hälsoliteracitet. Riegel et al. (2016) styrker att hälsoliteracitet avgör vilka beslut som tas i egenvårdsprocessen. I intervjuerna framkom att sjuksköterskorna och patienterna hade olika syn på kost- och vätskerestriktioner, och att patienterna missförstod informationen. Tidigare forskning styrker att migrantpatienter har svårt att följa råd om livsstilsförändringar, kost- och vätskerestriktioner (Mlynarska et al., 2018). I egenvårdsteorin om hjärtsvikt (Riegel et al., 2012) betonas att detta behövs följas för att kunna upprätthålla egenvård. Surikova et al. (2020) visar att rekommendationer om kost, motion och vätskerestriktioner följdes dåligt av migrantpatienter, p.g.a. att patienterna var vana vid att följa hemlandets matvanor. Detta innebär att ett av de tre nyckelbegreppen i egenvård sviktar, vilket kan leda till sämre egenvårdsresultat (Riegel et al., 2012). Surikova et al. (2020) fann att det kan bero på att patienterna inte hade fått specifika kostråd, t.ex. saltreducerad kost vid hjärtsvikt. Sjuksköterskor bör fokusera mer på att lära ut dessa råd till patienterna, för att de ska få förutsättningar till en bra egenvårdsförmåga. Sjuksköterskorna upplevde också att migrantpatienter har en uppfattning om fysisk aktivitet som skiljer sig mycket från det som rekommenderas. Att utveckla metoder vid rådgivning om motion riktat till migrantpatienter skulle vara önskvärt utifrån patientens hälsa, och gynnsamt för samhället i längden med minskade sjukvårdskostnader inom detta område.

Sjuksköterskorna beskriver i studien att migrantpatienter har begränsad kunskap om anatomi och fysiologiska mekanismer om hjärtsvikt. Detta leder till svårigheter att förstå, monitorera, tolka symptom vid försämring och att ta relevanta beslut. Patel et al. (2007) beskriver att patienter med försämring av kronisk hjärtsvikt i behov av akutvård inte söker alltid vård själva. I denna studie hade 58 % sökt själva medan 42 % hade skickats in av anhöriga. Trots information till patienterna kunde endast 4 % relatera symptomen till hjärtsvikt. Riegel et al.

(2012) beskriver att enbart sjukdomskunskap och principer i egenvårdshantering inte räcker till för att patienter ska kunna hantera sin egenvård. Det finns personliga faktorer som påverkar beslutprocessen, såsom etnicitet, anpassning till det nya landet och socioekonomisk status, vilket bekräftas av sjuksköterskorna i den aktuella studien. Jaarsma et al. (2017) fann att t.ex. patienterna från Thailand brukar lämna ansvaret för sin hälsa och hälsobeslutet till sina vårdare, vilket leder till att de inte känner ansvaret för sin egenvård. Sjuksköterskorna i studien uttryckte behovet att vara öppna och lyssnande, och att inte döma utan bemöta patienten där hen befann sig. Det finns inga ”one size fits all” utbildningsprogram som passar alla patienter. Sjuksköterskorna beskrev att egenvård fungerar om patienterna förstår betydelsen av egenvård och är motiverade till att följa de råd som ges. Jaarsma et al. (2017) påvisar att egenvårdsmotivationen ökar om patienterna tydligt kan se vinsten av egenvård, och detta styrks av sjuksköterskorna i den aktuella studien.

Tidigare forskning om hälsoliteracitet från patienternas perspektiv betonade att ålder, etnicitet och socioekonomisk status påverkade patienternas hälsoliteracitet (Cajita et al., 2016). Där visas att hög ålder, medföljande nedsatt kognitiv förmåga och multisjuklighet påverkar negativt patientens förmåga att följa råd om egenvård. Därför är det viktigt att använda sig av anhörigas stöd, vilket upplevs också av sjuksköterskorna i studien. Forskning av Patel et al. (2007) och Cajita et al. (2016) bekräftar behovet av anhörigstöd. Cajita et al. (2016) påtalar också vikten att identifiera patienter med låg hälsoliteracitet för att kunna anpassa rådgivningsstrategier. I Wu et al. (2013) betonades att låg hälsoliteracitet ledde till ökade risker för sjukhusvård och/ eller död, framför allt för de patienter som hade hög ålder, hade klass NYHA III/IV, hade annan etnicitet och modersmål samt färre utbildningsår. När det finns en låg hälsoliteracitet kan det bli svårt med en optimal egenvård som betonas i egenvårdsteorin (Riegel et al., 2016), och som styrks från studiens resultat från sjuksköterskeperspektivet. Sjuksköterskor bör kartlägga patienternas hälsoliteracitet för att kunna ge stöd på ett så bra sätt som möjligt, och att, vilket Wångdahl och Åkerman (2019) också betonar, sjukvårdspersonal måste förvissa sig om att förmedlad information om hälsa/egenvård når fram, förstås, värderas och används på rätt sätt.

Slutsats

Rådgivning om egenvård har visat på många utmaningar som sjuksköterskor möter dagligen. Studiens resultat har kliniskt relevans genom att väcka nya tankar och leda till nya arbetssätt. Studiens resultat kan användas för att förbättra sjuksköterskornas arbetssätt där de aktivt försöker arbeta med de områden som är utmanande att lära ut från sjuksköterskeperspektiv och lära in från patientperspektiv. Det rekommenderas att sjuksköterskor lägger större vikt ute i verksamheten vid följande områden för att utveckla rådgivningen till migrantpatienter.

Kliniska implikationer

1. Användning av professionella tolkar för att minska risken för informationsbrist och missförstånd mellan patienten och sjuksköterskan.

2. Fortsätta att anpassa rådgivningen för de individuella behoven: kartlägga patientens kunskapsnivå, läs och skrivkunnighet, erbjuda utbildningsmaterial på olika språk och engagera anhöriga i utbildningen om egenvård.
3. Införskaffning av mer kunskap om, och acceptans för, olika kulturer. Detta för att sjuksköterskan ska få bättre förståelse för migrantpatienter, kunna anpassa råden och finnas till hands som ett stöd.
4. Kartläggning av patientens hälsoliteracitet.
5. Aktivt jobba på alla vårdnivåer för att skapa hanterbara arbetssätt för migrantpatienterna, vilket enligt Wångdahl och Åkerman (2019) innebär att ”få tag på, förstå, värdera och använda den hälsoinformation som förmedlas.” (sid 60)

Fortsatt forskning

För vidare forskning kan det vara rimligt att se över om det är samma rådgivning om egenvård som behövs för andra kroniska tillstånd/sjukdomar, eller om det finns skillnader. Det skulle också vara intressant att göra en uppföljning på den här studien, att implementera en intervention med de ovanstående förslagen ute i verksamheten för att arbeta med de brister som finns och därefter intervjua utifrån patienternas perspektiv för att se om de kan se några skillnader.

Referenslista

Alassoud, B., Johnston, B., & Hogg, K. (2020). Culture and the understanding of advanced heart failure: A mixed-methods systematic review. *Collegian*, 2, 459-47.

<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.02.008>

Anderson, B. & Blinder, S. (2019) *Who Counts as a Migrant? Definitions and their Consequences*. Hämtad 2020-09-21, från <https://migrationobservatory.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2017/01/Briefing-Who-Counts-as-a-Migrant-Definitions-and-their-Consequences.pdf>

Cajita, I. Cajita T., & Han, H-R. (2016). Health literacy and heart failure. A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol.31, No.2s.121-130. DOI:10.1097/JCN.0000000000000229

Centrala Statistikbyrå. (2020). *Utländska medborgare i Sverige*. Hämtad 2020-09-09, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utlandska-medborgare-i-sverige/>

Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163–173). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329–342). Lund: Studentlitteratur.

Davidson, PM., Macdonald P., Moser, D., Ang, E., Paull, G., Choucair, S., ... Dracup, K. (2007) Cultural diversity In heart failure management: Findings from the Discover Study (Part 2), *Contemporary Nurse*, 25:1–2, 50–62, DOI: [10.5172/conu.2007.25.1-2.50](https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.50)

Dickson, V. V., Mccarthy, M. M., Howe, A., Schipper, J., & Katz, S. M. (2013). Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(2), 111-118. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31823db328>

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vårdteori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, I. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen, *Omvårdnad på avancerad nivå* (s. 29–53). Lund: Studentlitteratur.

Fisher J. D. (1972). New York Heart Association Classification. *Archives of internal medicine*, 129(5), 836.

Gadd, M., Sundquist, J., Johansson, S. E., & Wändell, P. (2005). Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease?. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 12(6), 535–541. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000174829.25388.ed>

Gadd, M., Johansson, S. E., Sundquist, J., & Wändell, P. (2006). Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations. *BMC public health*, 6, 102. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-102>

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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hedemalm, A., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2007). A review of records from follow-up visits for immigrant and Swedish patients at a heart failure clinic. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 6(3), 216–222. <https://doi.org/10.1016/J.EJCNURSE.2006.09.005>

Hedemalm, A., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2008a). Equality in the care and treatment of immigrants and native Swedes--a comparative study of patients hospitalised for heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 7(3), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.10.002>

Hedemalm, A., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2008b). Symptom recognition and health care seeking among immigrants and native Swedish patients with heart failure. *BMC nursing*, 7, 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-9>

Hedemalm, A., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2010). Reported adherence and social support among immigrants compared to native Swedes. *Journal of immigrant and minority health*, 12(1), 124–131. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9235-x>

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.

- Ho T. M. (2009). Hypertension management: lifestyle interventions in a transcultural context. *Journal of renal care*, 35(4), 176–184. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2009.00115.x>
- Islam. (2016). *Fastan*. Hämtad 2020-12-02, från <https://islam.se/islams-fem-pelare/fastan>
- Jaarsma, T., Cameron, J., & Riegel, B. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Curr Heart Fail Rep* 14, 71–77. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11897-017-0324-1>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69–90). Lund: Studentlitteratur.
- Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of clinical nursing*, 25(11-12), 1721–1728. <https://doi.org/10.1111/jocn.13226>
- Larsson, J., & Knutsson Holmström, I. (2012). Fenomenografi. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 389-404). Lund: Studentlitteratur.
- Lor, M., Crooks, N., & Tluczek, A. (2016). A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nursing outlook*, 64(4), 352–366. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.02.006>
- Luiking, M. L., Heckemann, B., Ali, P., Dekker-van Doorn, C., Ghosh, S., Kydd, A., ... Patel, H. (2019). Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 51(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/jnu.12442>
- Migrationsverket. (2019). *Migrationsinfo sammanfattar migrationsåret 2019*. Hämtad 2020-09-18, från <https://www.migrationsinfo.se/migrationsinfo-sammanfattar-migrationsaret-2019/>
- Mlynarska, A., Golba, K. S., & Mlynarski, R. (2018). Capability for self-care of patients with heart failure. *Clinical interventions in aging*, 13, 1919–1927. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178393>
- Moser, D. K., Dickson, V., Jaarsma, T., Lee, C., Stromberg, A., & Riegel, B. (2012). Role of self-care in the patient with heart failure. *Current cardiology reports*, 14(3), 265–275. <https://doi.org/10.1007/s11886-012-0267-9>

Namukwaya, E., Murray, S. A., Downing, J., Leng, M., & Grant, L. (2017). 'I think my body has become addicted to those tablets'. Chronic heart failure patients' understanding of and beliefs about their illness and its treatment: A qualitative longitudinal study from Uganda. *PloS one*, *12*(9), e0182876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182876>

Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A. K., Ahlm, C., & Ahlberg, B. M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC health services research*, *12*, 433. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-433>

Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of clinical nursing*, *28*(9-10), 1782–1793. <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed. St. 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: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, *6*(4), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J., Coats, A., ... ESC Scientific Document Group (2016). 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 (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, *37*(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*, *10*(4), 350–360. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2003.12.001>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in nursing science*, *35*(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Reilly, C. M., Butler, J., Culler, S. D., Gary, R. A., Higgins, M., Schindler, P., ... Dunbar, S. B. (2015). An economic evaluation of a self-care intervention in persons with heart failure and diabetes. *Journal of cardiac failure*, 21(9), 730–737. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.06.382>

SFS 2003:460. (2003). *Lag om etikprövning i forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet: Stockholm.

SFS 2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslag*. Socialdepartementet: Stockholm.

SFS 2014:821. (2014). *Patientlagen*. Socialdepartementet: Stockholm.

SFS 2017:30. (2017). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet: Stockholm.

SFS 2017:900. (2017). *Förvaltningslag*. Justitiedepartementet L6: Stockholm.

SFS 2018:218. (2018). Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Justitiedepartementet L6: Stockholm.

Seah, A. C., Tan, K. K., & Wang, W. (2015). A Narrative Literature Review of the Experiences of Patients Living With Heart Failure. *Holistic nursing practice*, 29(5), 280–302. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000104>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2020-09-12, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Egenvård*. Hämtad 2020-09-09, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

Sorensen, K. Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... HSL-EU Consortium EH. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(1):80.

Surikova, J., Payne, A., Miller, K. L., Ravaei, A., & Nolan, R. P. (2020). A cultural and gender-based approach to understanding patient adjustment to chronic heart failure. *Health and quality of life outcoblichealth:mes*, 18(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01482-1>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2020-09-09, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2020-10-25, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Sveriges officiella statistik. (2019). *Sveriges framtida befolkning 2019-2070*. Hämtad 2020-11-05, från https://www.scb.se/contentassets/24496c5905454373b2910229c29001ec/be0401_2019i70_sm_be18sm1901.pdf

Vasko, P. (2013). Hjärt-kärlsjukdomar. I N. Grefberg (Red.), *Medicinboken* (s.70-158). Stockholm: Liber AB.

WHO. (1983). *Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitations*. Geneva: World Health Organization.

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-212). Lund: Studentlitteratur.

Wu, J. R., Holmes, G. M., DeWalt, D. A., Macabasco-O'Connell, A., Bibbins-Domingo, K., Ruo, B., ... Pignone, M. (2013). Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 28(9), 1174–1180. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2394-4>

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC public health*, 14, 1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>

Wångdahl, J., & Åkerman, E. (2019). Varför är det viktigt med en god hälsokommunikation för nyanlända migranter? *Socialmedicinsk tidskrift*, 96(1), 56-65

Wändell, P. E., & Gåfvells, C. (2007). High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Primary care diabetes, 1*(1), 13–16.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2006.06.001>

Wändell, P., Carlsson, A. C., Li, X., Gasevic, D., Ärnlov, J., Holzmann, M. J., ... Sundquist, K. (2018). Heart failure in immigrant groups: a cohort study of adults aged 45 years and over in Sweden. *Scandinavian cardiovascular journal: SCJ, 52*(6), 292–300.
<https://doi.org/10.1080/14017431.2018.1546892>

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

Inledningsfrågor

Ålder?

Kön?

Vilket år tog du din sjuksköterskeexamen?

Hur många år har du arbetat inom intermedicin/akutmedicin/ hjärtsjukvård?

Vad har du för etnisk bakgrund?

Huvudfrågor

Kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda migrantpatienter med hjärtsvikt?

Kan du berätta om dina erfarenheter om rådgivning (egenvård) till dessa patienter?

Följdfrågor

Kan du utveckla det?

Kan du berätta mer om det?

Hur menar du?

Kan du ge något exempel?

Har vi glömt fråga dig något?

Vilka utmaningar har du upplevt när det gäller att informera om egenvård?

Har du kunnat göra patienten delaktigt? På vilket sätt?

Hur tror du kan öka migranters tilltro till sin egen förmåga i utövandet av egenvård?

Vad och hur vill du ändra på får att få fler att bli delaktiga i egenvård?

Arbetar du utifrån personcentrerad förhållningssätt?

Avslut

Jag har inga fler frågor, har du något mer att ta upp eller fråga innan vi avslutar intervju?

Bilaga 2

Sjuksköterskans erfarenheter av rådgivning om egenvård vid hjärtsvikt till migrant patienter

Härmed blir du tillfrågad om Du vill delta i följande forskningsprojekt.

Bakgrund och syfte

Största utmaningen för vårdpersonalen vid interaktion med migranter kan vara kulturella utmaningar och bristande förståelse för individens egna förväntningar. För resurseffektiv användning av vårdens resurser, måste vi ha en ömsesidig förståelse om strategier som migranter använder sig av, deras förväntningar samt sjukvårdpersonalens erfarenheter av att vårda denna population. Forskning har visat att migrant patienter har större risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar i jämförelse med svenska patienter. Migrant patienter möter flera hinder i sjukvårdssystemet vilket beror på värden, seder och språk. Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av rådgivning om egenvård vid hjärtsvikt till migrant patienter.

Förfrågan om deltagande

Du blir tillfrågad eftersom Du har erfarenhet av att arbeta med migrant patienter inom hälso- och sjukvård.

Hur går studien till?

Du kommer att bli intervjuad enskilt eller tillsammans med en annan sjuksköterska i cirka 30-40 minuter. Frågorna rör sig om dina erfarenheter av att arbeta med migrant patienter. Inga blodprover eller andra tester kommer att göras. Information kommer att samlas in om ålder, kön, utbildning, ditt födelseland, antal år inom yrket och i vilken verksamhet du arbetar på, avdelning eller mottagning. Intervjun kommer att spelas in på band för att kunna analysera och framställa resultat efter medgivande, bandinspelningen kommer att förstöras i sin helhet efter vetenskaplig publikation.

Vilka är riskerna?

Det finns inga direkta risker men du kan bli påmind om vissa obehagliga situationer från negativa erfarenheter under intervjun. Låt intervjuaren veta om detta. I så fall kommer intervjun att pausas eller stoppas. Det finns samtalsmöjlighet med någon i forskarteamet om du skulle önska det. Båda forskare involverade i projektet är sjuksköterskor med mångårig yrkeserfarenhet. Om ytterligare behov finns kommer du att hänvisas vidare utifrån dina behov.

Finns det några fördelar?

Inom vården förespråkas ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att involvera vårdtagare så att de kan ta en aktiv roll i sin egen hälsa och välbefinnande. Genom ditt deltagande kommer dina erfarenheter och kunskap att uppmärksammas. En ökad kännedom om migranter och utveckla gemensamma strategier att arbeta utifrån kan leda till mindre stress hos alla parter och därmed bidra till en bättre arbetsmiljö. Genom att ta del av sjuksköterskans erfarenheter kan vi få underlag kring vad

de har för kunskap som eventuellt kan ge mer verktyg för att ta hand om migrant patienter ännu bättre. Men kan även resultera i information om vilka svårigheter som sjuksköterskor möter, som vi kan arbeta mer med ute i hälso- och sjukvården.

Hantering av data och sekretess

All insamlad information och intervju berättelse kommer att koda och anonymiseras samt förvaras i externa diskar. Endast huvudansvarig forskare kommer att ha tillgång till kod nyckeln. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Data analys kommer att ske på grupp nivå därmed ingen enskild individs berättelse eller åsikt kommer att identifieras i resultatet. All insamlad data enligt arkivlagen och Göteborgs universitets föreskrifter kommer att bevaras i 10 år. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Kontaktuppgifter till dataskyddsombudet, Johanna Wallin. E-post: dataskydd@gu.se

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultat av studien kommer att publiceras i vetenskaplig och populärvetenskapliga tidskrifter. Det kommer inte att finnas möjlighet för dig att få ta del av endast egna analysresultat då analyser kommer att ske på grupp nivå. Du kan välja att slippa ta del av resultat eller om intresset finns kommer det att finnas möjlighet att ta del av resultatet vid arbetsplatsträff eller liknande.

Försäkring och ersättning

Det finns ingen särskild försäkring tecknad för projektet. Därmed inga möjligheter att få ersättning för förlorad arbetsinkomst eller andra utgifter kopplade till projektet.

Frivillighet

Deltagande i forskningsprojekt är frivilligt och att du när som helst, utan särskild förklaring, har rätt att avbryta. I så fall kontakta forskningsansvariga enligt nedan. Följaktligen förstörs all insamlad information om dig från projektet.

Ansvariga

Forskningshuvudman är Göteborgsuniversitet. Ansvariga för forskningsprojekt:

Sjuksköterska	Kontaktuppgifter
Madeleine Al Liddawi	guslenmad@student.gu.se . Tel...
Grazyna Szkinc-Olsson	gusszkgr@student.gu.se . Tel...
Handledare	
Harshida Patel	Harshida.patel@gu.se . Tel...