



**PATIENTERS UPPFATTNING OM SJUKSKÖTERSKELEDD
HJÄRTSVIKTSMOTTAGNING**

En enkätstudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet- inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2017-05-30
Kurs: HT16

Författare:
Ivonne Arvidsson
Sofie Östensson

Handledare:
Monica Rydell Karlsson

Examinator:
Caroline Löfvenmark

SAMMANFATTNING

Hjärtsvikt är ett tillstånd som i hög grad påverkar patientens liv. Sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning kan vara en viktig del i vården för personer med hjärtsvikt. Vidare har personcentrerad vård de senaste åren visat god evidens, inte minst inom vården sjuksköterskeledd mottagning.

Syftet med denna studie var att beskriva patienters uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning med fokus på personcentrerad vård.

Studien genomfördes med kvantitativ metod där författarna med hjälp av enkäter besvarade syfte och frågeställningar. Studiens generaliserbarhet var låg då svarsfrekvensen endast blev 31 procent. Datainsamling genomfördes med konsekutivt urval.

Resultatet visar att patienter i stor utsträckning uppfattar att de får tillfälle att berätta om sig själva och att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnar till berättelsen. Vidare visar studien i hög utsträckning att patienterna anser att vården vid mottagningen ökade deras trygghet, att de bemöttes med respekt samt fick utrymme att ställa frågor. Informationen som patienterna tog del av under besöken vid hjärtsviktsmottagningen uppfattades i hög utsträckning som lätt att förstå. Patienterna ansåg i betydande utsträckning att vården vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen ökade deras förmåga att hantera sina symtom, att beslut gällande deras vård togs i dialog med dem och eventuella anhöriga samt att de gavs möjlighet att ta med anhörig/vän till mottagningsbesök. Patienterna uppfattade sig även i stor utsträckning vara delaktiga i sin vård.

Slutsatsen som drogs var att patienterna i stor utsträckning uppfattade att vården vid de sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningarna bedrevs i enlighet med personcentrerad vård som den beskrivs i denna studie. Detta då frågorna som ställdes med bakgrund i personcentrerad vård besvarades instämmande av majoriteten av patienterna. Dock kan mer utveckling och fokus läggas på att öka patienternas delaktighet och delat beslutsfattande ytterligare gällande vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Vidare kan resultatet i studien belysa ett behov av att hjärtsviktssjuksköterskor behöver fokusera mer på att involvera närstående i vård

Nyckelord: Sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning, patient, uppfattning, personcentrerad vård

ABSTRACT

Heart failure is a condition that to a high extent affects the patient's life. Nurse-led heart failure outpatient clinics can be an important part of the care for individuals with heart failure. Furthermore, person-centered care has for the last years showed good evidence, not least within the care at nurse-led heart failure outpatient clinics.

The aim of this study was to describe patients' perception of nurse-led heart failure outpatient clinic with a focus on person-centered care.

A quantitative method was used and the authors conducted a survey study to answer the aim and questions. The generalisability of this study was low in regard to the response rate which was only 31 percent. The sampling plan used was consecutive sampling.

The results show to a high extent that patients' perception was that they were given a chance to talk about themselves and that the heart failure nurse listened to their story. Furthermore, the study shows to a high extent that patients' feel the care within the heart failure clinic improved their feeling of security, that they were treated with respect and was given space to ask questions. The information communicated during the visits at the clinic was to a high extent perceived as easy to understand. Patients' perception was that to a considerable extent the care at the heart failure clinic increased their ability to handle symptoms, that decisions regarding their care was being made through dialog between themselves and eventual relatives/friends and that they were welcome to bring relatives/friends to the visits at the clinic. Patients' did to a considerable extent perceive themselves as participants in their care.

The conclusion was made that the patients' in this study to a high extent perceived that the care within the nurse-led heart failure clinics were conducted according to person-centered care as described in this study. That is because the questions asked with background in person-centered care was answered approvingly by the majority of the patients'. However more development and focus could be made to further increase patients' involvement and shared decision-making within the care at nurse-led heart failure clinics. Furthermore, the results of the study can illuminate a need for heart failure nurses to focus more on involving relatives in the care.

Keywords: Nurse-led heart failure outpatient clinic, patient, perception, person-centred, care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
Behandling	2
Sjuksköterskeledd hjärtviktsmottagning	4
Patientdelaktighet	5
Personcentrerad vård - Teoretisk utgångspunkt	5
Problemformulering	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
Ansats/design	7
Urval	7
Genomförande	8
Mätinstrument	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	10
Studiens deltagare	10
Resultat utifrån frågeställningar	12
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
REFERENSER	22

Bilaga 1. Brev till Verksamhetschef

Bilaga 2. Forskningspersonsinformation

Bilaga 3. Patientenkät

INLEDNING

Enligt Wikström (2015) drabbar hjärtsvikt cirka 250 000 personer i Sverige varje år och prevalensen ökar med stigande ålder. Personcentrerad vård har utvecklats alltmer de senaste åren och begreppet handlar om att vården utgår ifrån personen med sjukdomen och att patienter ges möjlighet att vara delaktiga i planering av sin vård (Ekman et al., 2011). Personcentrerad vård får stark evidens i den senaste rapporten ur Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2017). Evidensen talar för att personcentrerad vård ökar patientens tilltro till sin egen förmåga, den fysiska funktionsförmågan förbättras och även att den psykiska hälsan ökar (SBU, 2017). Sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning har i flera studier visat sig ge minskade återinskrivningar till slutenvården och flera positiva effekter för personer med hjärtsvikt (Strömberg et al., 2003; Velez, Westerfeldt & S-Rahk, 2008). Om hjärtsviktsmottagningen bedrevs utifrån personcentrerad vård har det visat sig kunna ge ytterligare fördelar för patienterna (Lucas et al., 2014). Författarna till denna studie har funnit ett fåtal studier som undersöker patienters uppfattning om sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Utifrån den evidens som stöder personcentrerad vård vid sjuksköterskeledd mottagning skapas ett intresse för att undersöka patienters uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning med personcentrerad vård som teoretisk utgångspunkt.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Patofysiologi och symtom

I guidelines från European Society of Cardiology (Ponikowski et al., 2016) beskrivs hjärtsvikt som ett syndrom med nedsatt hjärtminutvolym vilket leder till aktivering av kompensationsmekanismer. Dessa mekanismer innebär en aktivering av sympatiska neurohormonella system och renin-angiotensin-aldosteron systemet (RAAS), vilket leder till ökad kärlkonstriktion och vätskeretention. Hjärtsvikt kan delas in i tre olika former: Heart Failure with preserved Ejection Fraction (HFpEF) med ejektionsfraktion i vänster kammare (LVEF) >50%, Heart Failure with Mid-Range Ejection Fraction (HFmrEF) med LVEF 40–49% och Heart Failure with reduced Ejection Fraction (HFrEF) med LVEF <40% (Ponikowski et al., 2016). Vidare beskriver författarna att symtom som upplevs vid hjärtsvikt kan vara diffusa. De vanligaste symtomen är andfåddhet, andnöd i liggande ställning, nedsatt fysisk förmåga, trötthet, längre återhämtningstid efter fysisk aktivitet och svullna anklar. Vidare beskriver författarna andra symtom som exempelvis nattlig hosta, pipande andning, aptitlöshet och depression.

Etiologi och epidemiologi

Enligt Ponikowski et al. (2016) finns flera sjukdomar som kan orsaka hjärtsvikt. Några av dessa är kranskärlssjukdom, hypertoni, kardiomyopati och klaffsjukdom. Rikssvikts (2015) senaste rapport visade att etiologin för hjärtsvikt skiljs åt beroende på kön. Av de personer med hjärtsvikt hade 51 procent av männen haft ischemisk hjärtsjukdom och tidigare hjärtinfarkt jämfört med kvinnor som har det till 39 procent. Kvinnor med hjärtsvikt hade oftare än männen en etiologi av hypertoni eller lungsjukdom, men fortfarande var ischemisk hjärtsjukdom den vanligaste orsaken även för kvinnor. Risken att drabbas av hjärtsvikt ökar med stigande ålder. Enligt Ponikowski et al. (2016) är mortaliteten hög bland patienter med hjärtsvikt. Prognosen är emellertid för den enskilda patienten svårbedömd då

svårighetsgraden av symtom varierar över tid (Ponikowski et al., 2016). I Sverige som helhet beräknades prevalensen vara 2,2 procent. Fler än 90 procent var 60 år eller äldre. Av alla dessa patienter var mer än hälften kvinnor med en medianålder på 80 år jämför med män 74 år, män hade dock haft sin hjärtsvikt under en längre tid jämfört med kvinnorna i studien av Zarrinkoub et al. (2013).

New York Heart Association (NYHA)

Enligt guidelines (Ponikowski et al., 2016) klassificeras hjärtsvikt efter graden av symtom enligt New York Heart Association (NYHA). Klassifikationen ger en vägledning i behandling och prognos för patienten. Denna klassificering av hjärtsvikt indelas enligt nedan:

NYHA I: Nedsatt hjärtfunktion utan symtom

NYHA II: Lätta hjärtsviktssymtom vid måttlig ansträngning

NYHA III: Medelsvåra hjärtsviktssymtom på plan mark. Denna klass delas i IIIa då patienten klarar av att gå mer än 200 meter utan att stanna upp och IIIb då patienten inte klarar av att gå 200 meter utan att stanna för vila

NYHA IV: Svåra hjärtsviktssymtom i vila.

Behandling

Enligt Wikström (2014) är mål för behandling vid hjärtsvikt att lindra symtom, förbättra livskvalité, förhindra progress och förlänga överlevnaden. Behandlingen består av farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder samt kirurgisk behandling. För patienter där den farmakologiska behandlingen inte är tillräcklig kan behandlingen optimeras med sviktpacemaker (CRT). För de patienter som har en implanterbar defibrillator (ICD) kan en kombination av båda metoder användas (CRT-D). Dessa metoder ökar inte enbart patientens överlevnad utan minskar även symtom vid hjärtsvikt (Wikström, 2014).

Farmakologisk behandling

Ponikowski et al. (2016) beskriver den farmakologiska behandlingstrappan vilken i första hand består av ACE hämmare och betablockerare. Vidare att angiotensin receptorblockerare kan ges till patienter som inte tolererar ACE-hämmare. Även att behandling med vätskedrivande vid behov rekommenderas till mer eller mindre alla patienter som upplever symtom från hjärtsvikt och vid kvarvarande symtom trots grundbehandling kan mineralkortikoid antagonister läggas till. Ivabradine och Digoxin kan användas till patienter med svår hjärtsvikt och behov av frekvensreglering enligt Ponikowski et al (2016). Farmakologisk behandling bör anpassas för personer som är äldre detta pga att läkemedelsstudier är sämre testade på denna åldersgrupp, att personer som är äldre oftast har försämrad njurfunktion och dessutom ofta har flera olika läkemedel som kan interagera med varandra (Ponikowski et al., 2016; Läkemedelsboken, 2017).

Icke farmakologisk behandling

Enligt Ponikowski et al. (2016) handlar icke farmakologisk behandling till stor del om patientundervisning gällande symtom och egenvård, den kan ses som ett komplement till den farmakologiska och/eller kirurgiska behandlingen. Icke farmakologisk behandling innefattar delar som fysisk aktivitet, rökstopp, kontrollerat vätskeintag, minskat alkoholintag, begränsat saltintag och vaccinationer. Fysisk aktivitet rekommenderas till patienter med hjärtsvikt men bör eventuellt anpassas beroende på NYHA klass. Ponikowski et al. (2016) beskriver den kirurgiska behandlingen som icke farmakologisk och innebär att patienten genomgått hjärtransplantation, klaffkirurgi eller att en hjärtpump opererats in. Dessa metoder och CRT används när patienten inte uppnår en tillräcklig effekt av den trots optimal farmakologisk behandling.

Egenvård

Socialstyrelsen (SOSFS, 2009:6, kap. 1, 2§) anger att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan genomföras som egenvård. Vidare ska egenvården planeras, följas upp och en omprövning ska göras av bedömningen. Egenvård enligt Socialstyrelsen (SOSFS, 2009:6, kap. 2, 1§) definieras enligt följande:

“hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra - Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)”

Berglund, Engström-Laurent, Lindgren och Lindholm (2009) menade att egenvård vid hjärtsvikt till stor del syftar på att förebygga försämring genom att vara uppmärksam på sin kropp. Vidare att symtom på försämring kunde vara ökad andfåddhet, trötthet, ödem och viktökning. Patienten bör vara observant på om vikten ökar då detta kunde vara relaterat till vätskeretention. Dessutom skulle patienten erbjudas tillräcklig och lättförståelig information om hjärtsvikt och symtom och tecken på en försämring av hjärtsvikten. Enligt Ponikowski et al. (2016) finns tre viktiga delar för att stödja patienten i egenvård. Dessa är teamarbete, monitorering av symtom och fysisk aktivitet. Med teamarbete menar författarna att sjuksköterska, läkare, farmaceut, psykolog och andra yrkesgrupper bör samarbeta för att optimera patientens behandling. Genom att involvera och informera patienten om hur hen kan monitorera sina symtom och exempelvis vid ökad andfåddhet och vätskeretention i benen lära sig att styra sin dos av diuretika. Författarna menar att sjuksköterskan har ett ansvar i att undervisa patienten och att ge både muntlig och skriftlig information. Ponikowski et al. (2016) visar att fysisk aktivitet är den enda egenvårdsåtgärd som det egentligen finns stark evidens för. Fysisk aktivitet minskar symtom och ökar den fysiska kapaciteten hos patienter med hjärtsvikt, den minskar både återinskrivningar på sjukhus och också mortalitet (Ponikowski et al. 2016). Vidare nämner författarna rökstopp som en viktig del i behandlingen, patienten kan behöva få hjälp i form av både samtal och läkemedel för att lyckas med att sluta röka. Patienten bör informeras om att vaccination mot influensa rekommenderas varje år och vaccination mot lunginflammation bör ske enligt riktlinjer. Att ge information om alkohol och hur det påverkar hjärtsvikt bör ges. Vid svårare hjärtsvikt, NYHA klass III och IV, bör information om att minska salt och vätskeintag (1,5-2L/dygn) ges. Även att samtal gällande depression och sömnstörningar bör föras med patienterna. Enligt Klompstra, Jaarsma och Strömberg (2015) påverkades fysisk aktivitet inte enbart av den fysiska förmågan utan mestadels av patientens egen motivation. Stamp et al. (2016) visade i sin studie att patienter som hade stöd av sin partner/anhörig hade högre tilltro till sin egen förmåga. Detta visade sig ha en positiv effekt för följsamhet av medicinering och gjorde att patienten i större utsträckning blev motiverad till egenvårdsåtgärder.

Patientundervisning

Personer med hjärtsvikt upplever i perioder varierande grad av symtom och funktionsförmåga vilket innebär att patient såväl som anhöriga behöver fortlöpande undervisning och stöd (Wikström, 2014). Strömberg, Mårtensson, Fridlund och Dalström (2001) undersökte sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar i Sverige. En central uppgift visade sig vara patientundervisning. De flesta sjuksköterskor gav informationen både skriftligt och muntligt och en mindre del av mottagningarna gav även information på gruppnivå. I studien framkom att vid 59 procent av sjukhusen fick även anhöriga information om hjärtsvikt. Riley et al. (2016) har beskrivit hjärtsviktsjuksköterskan som en central person i behandling och undervisning av patienter med hjärtsvikt. Enligt författarna rekommenderas att

hjärtsviktssjuksköterskan bör ha kunskaper i symtom vid hjärtsvikt såväl som i att remittera patienter till andra instanser och professioner som exempelvis dietist eller fysioterapeut. Falk, Ekman, Andersson, Fu och Granger (2013) visade på att äldre personer med hjärtsvikt hade sämre hälsorelaterad livskvalitet och symtom som i stor grad begränsade dem på flera sätt i deras liv. Vidare framhöll författarna att äldre personer med hjärtsvikt ofta hade sämre kunskap om sin sjukdom och relationen till hälsa. Författarna påvisade även ett samband mellan sämre livskvalitet och låg grad av kunskap hos patienten gällande sin sjukdom och om hur symtom kunde hanteras.

Sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning

Dahlström, Nyström och Jonasson (2010) beskriver att den första sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen i Sverige startades i Linköping 1990 och sedan dess har antalet mottagningar ökat inom både specialistvården och primärvården. Insatser har gjorts runt om i landet för att minska frekventa återinskrivningar och utveckla vården vid hjärtsvikt, exempelvis genom att fler vårdcentraler infört sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar. Enligt Sjuksköterskeföreningen (2016) spelar sjuksköterskan en central roll i vården och hen har därmed ett stort ansvar i att arbeta utifrån evidensbaserad vård. Sigma Theta Tau International (2008) definierar evidensbaserad vård enligt följande:

“The process of shared decision-making between practitioner, patient and others significant to them based on research evidence, the patient’s experiences and preferences, clinical expertise or know how, and other available sources of information”

För att sjuksköterskan ska kunna bedriva evidensbaserad vård krävs en ständig uppdatering av kunskaper, ett gott förhållningssätt och att arbeta utifrån personcentrerad vård (Sjuksköterskeföreningen, 2016). Vidare anger Sjuksköterskeföreningen (2016) att arbeta evidensbaserat enligt ovanstående kan förstärka patientens integritet och autonomi. Enligt författarna Velez, Westerfeldt och S-Rahk (2008) kunde den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen leda till minskade återinskrivningar på sjukhus och minskad dödlighet. Cheng, Ying, Wang, Sit, Wong och Tang (2016) undersökte om den sjuksköterskeledda mottagningen minskar återinläggningar på sjukhus i Hong Kong. Sjuksköterskorna ansvarade här för upptitrering av läkemedel, att kontrollera biomarkörer samt att informera patienterna om livsstilsförändringar. Resultatet visade att en minskning av återinläggningar på sjukhus kunde uppnås och att behandlingen av patienter med hjärtsvikt förbättrades. Riley et al. (2016) menade att hjärtsviktssjuksköterskan bör kunna undervisa patienter och anhöriga samt ansvara för att behandling och upptitrering av läkemedel sker på ett kontrollerat och organiserat sätt. Strömberg et al. (2003) studerade patienter med hjärtsvikt under 12 månader. Författarna kunde konstatera att genom ett gott samarbete mellan patient, anhöriga och hjärtsviktssjuksköterska kunde symtomlindring och ökad livskvalité uppnås. Vidare att god kännedom hos patienten och anhöriga om hjärtsvikt och dess symtom minskade återinskrivningar på sjukhus och mortalitet hos personer med hjärtsvikt. Lloyd-Williams, Beaton, Goldstein, Mair, May och Capewell (2005) studerade patienters och sjuksköterskors uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Författarna fann att patienterna ofta inte förstått eller hört vad sjuksköterskorna sagt och många av patienterna kunde inte komma ihåg att en dialog förts om läkemedelsbehandling, utredningar eller egenvård.

Patientdelaktighet

Hälso och sjukvårdslagen beskriver delaktighet och detta innebär att patienten har rätt att medverka och att i samråd med vårdpersonal planera sin vård (SFS 2014:821). En ny patientlag trädde i kraft 1 januari 2015, Sveriges Kommuner och Landsting (2015) beskriver att syftet med den nya lagen var att stärka patientens ställning genom ökad delaktighet, integritet och självbestämmande. På uppdrag av regeringen har Vårdanalys (2017) i rapporten "Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017" sammanställt hinder och framgångsfaktorer för implementering, hur implementering av den nya lagen fungerat samt hur den nya patientlagen påverkat patientens ställning. I rapporten undersöks patientens faktiska ställning utifrån dennes perspektiv, och med patientens faktiska ställning "*avses det som patienten anser att hen faktiskt får av vården i form av delaktighet, inflytande, information, och så vidare*" (Vårdanalys, 2017). Även patientens rättsliga ställning undersöks i rapporten och med detta avses "*vad patienten utifrån lagen har rätt att förvänta sig av vården och hur detta kan tillförsäkras patienten*" (Vårdanalys, 2017). Slutsatsen i rapporten (Vårdanalys, 2017) är att patientens ställning inte påverkats alls av den nya patientlagen, eller kanske till och med försvagats, och att den rättsliga ställningen för patienten fortfarande är svag. Vårdanalys (2017) visar i rapporten en försvagning av patientens ställning gällande delaktighet, information och tillgänglighet. Vidare upplever patienterna att vården i mindre utsträckning efterfrågar och välkomnar patientens delaktighet samt att den även i mindre utsträckning erbjuder stöd i egenvård.

Mårtensson, Strömberg, Dahlström, Karlström och Fridlund (2005) visade på att sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning med fokus på information och patientens delaktighet kunde minska depression, ökade hälsorelaterad livskvalitet samt fysisk och mental funktionsförmåga hos personer med hjärtsvikt. Eldh, Ekman och Ehnfors (2008) studerade patienters uppfattningar om att inte vara delaktiga i samband med mottagningsbesök inom hälso- och sjukvården. Patienternas uppfattningar av detta innefattade att de fick bristande information, att deras symtom inte erkänns, att de inte blev trodda. Arbetssättet utgick ifrån organisationen istället för patienten. De upplevde även en känsla av osäkerhet, kände sig inte trygga nog att berätta sin historia. Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) anger i dess senaste rapport om patientdelaktighet inom hälso- och sjukvård potentiella risker med patientdelaktighet utifrån etiska aspekter. Till exempel att patienter som inte vill eller som saknar förutsättningar att vara delaktiga kan riskera att inte få anpassad vård. Vidare att en förskjutning av ansvar från hälso- och sjukvård till patienten kan uppstå och dessutom kan det finnas problematik gällande integritet då patienten behöver ge en mer detaljerad berättelse (SBU, 2017).

Personcentrerad vård - Teoretisk utgångspunkt

Lucas et al. (2014) studerade den traditionella rollen som hjärtsviktssjuksköterskan har i form av informant. I studien gavs information på liknande sätt till alla patienter, alltså inte anpassat till patienten som en individ. Resultatet i studien belyste ett behov av att vidareutbilda hjärtsviktsjuksköterskor inom personcentrerad vård. Detta då resultatet i författarnas undersökning inte visade någon signifikant ökad livskvalitet och tilltro till personlig kontroll och egen förmåga hos patienterna, utan endast en ökad kunskap om sjukdom och behandling. Klindtworth et al. (2015) visade i sin studie att äldre personer med hjärtsvikt (>70 år) saknade information och en öppen dialog kring hjärtsvikt och dess prognos, särskilt gällande försämringar och frågor som rör livets slut. Författarna fann att utifrån patienternas perspektiv behövdes en förbättring gällande interaktion mellan dem och sjukvårdspersonal samt att frågor gällande begränsning av vård och behandling diskuterades öppet. Vidare visade studien

att vardagliga besvär relaterat till funktionella begränsningar och förändrade symtom var i fokus för patienterna. Studien visade ett behov av att anpassa vård och information till patienterna som individ. Ekman och Norberg (2013) menar att personcentrerad vård innebär att vården anpassas efter personens existentiella, sociala, andliga och fysiska behov. Vidare att vården är inriktad på personnivå och utifrån dennes förutsättningar. Enligt Ulin, Olsson, Wolf och Ekman (2016) kan personcentrerad vård innebära hälsoekonomiska fördelar då resurser används mer effektivt och då personcentrerad vård ökar patientens trygghet kan vårdtidens längd kortas och komplikationer minskas.

Ekman och Norberg (2013) menar att personcentrerad vård kan hjälpa till att bevara samt utveckla patientens självbild och inre styrka. Vidare innebär personcentrerad vård att vårdare inte bara ser patienten reducerad till dennes sjukdom utan personen bakom sjukdomen och dennes livsberättelse. Enligt författarna har personcentrerad vård sitt utgångsläge i patientberättelsen, alltså i patientens egen beskrivning av sig själv och sin situation. Vidare att partnerskap mellan patient och vårdare är beroende av att vårdaren lyssnar på patientens berättelse. Ekman och Norberg (2013) beskriver personcentrerad vård som ett partnerskap mellan vårdare, patient och närstående. Vårdare och patient behöver ha en inbördes respekt för varandras kunskap. Ekman et al. (2011) beskriver delat beslutsfattande inom partnerskapet mellan patient, anhörig och vårdpersonal. Författarna anger att delat beslutsfattande utgår från den gemensamma förståelse av patientens sjukdomsupplevelse som skapas genom partnerskapet och de delade erfarenheter som kommuniceras mellan deltagarna. Falk et al. (2013) fann att personcentrerad vård ökade patienternas tilltro till egen förmåga. Jakimowicz, Stirling och Duddle (2014) fann i sin studie att centrala koncept för personcentrerad vård var faktorer som påverkade patientens upplevelse av sjuksköterskeledd mottagning. I resultatet redovisade författarna tre huvudteman som visade sig vara avgörande för en positiv upplevelse av mottagningen för patienten. Det första temat handlade om att bygga upp en terapeutisk relation. Detta visade sig vara beroende av fem faktorer. Att behandla varje patient som en unik individ och med respekt, att patienterna kände empati och omtanke från sjuksköterskan. Vidare att det fanns en öppenhet som gjorde att patienten kunde känna trygghet och tilltro till sjuksköterskan gjorde att patienten engagerade sig mer i behandling och beslut kring vården. Att patienten fick tillräckligt med tid att berätta om sig och sin situation för att lägga grunden för en holistisk vård, samt att patienten uppfattade miljön på mottagningen som tillgänglig och informell gav trygghet och ökade patientens öppenhet. Det andra temat handlade om omtänksam och effektiv kommunikation. Detta andra tema delades in i två underkategorier. Att information om patientens sjukdom och hälsa gavs visade sig vara en viktig faktor för att minska rädsla och ångest samt gav förutsättning för tilltro till egen förmåga hos patienten och även delat beslutsfattande kring dennes vård. Vidare att information anpassades utifrån patientens möjlighet att förstå. Det tredje temat handlade om samarbete och sjuksköterskans kliniska skicklighet. Detta tema delades in i två underkategorier; att patienten uppskattade ett partnerskap och samarbete med sjuksköterskan gällande vården mer än en relation där sjuksköterskan var auktoritär, att sjuksköterskans kliniska kunskaper ökade patientens förtroende och engagemang i sin behandling och vård (Jakimowicz et al., 2014).

Problemformulering

En faktor för att sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ska ge förutsättning för en vårdande relation, effektiv kommunikation, samarbete, ökad tilltro hos patienten till egen förmåga och ökad livskvalitet hos patienten visar sig vara att vården i grunden är personcentrerad. Patientens tilltro till sin egen förmåga är i sin tur viktig för dennes förmåga att hantera sin

vardag och leva med hjärtsvikt. Centrala delar i personcentrerad vård är patientens delaktighet samt att planering och beslut gällande vården genomförs i samråd med vårdgivare, patient och anhörig med utgångspunkt i patientberättelsen. För att möjliggöra detta behöver patienten och dennes berättelse om sig och sin livssituation lyssnas in. Delat beslutsfattande med grund i patientens erfarenheter och åsikter är även enligt definition en grund för att bedriva evidensbaserad vård. Då endast ett fåtal studier hittats som belyser patienters uppfattning av vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning, och mycket lite forskning gällande detta utifrån perspektivet personcentrerad vård, skapas ett intresse för att undersöka detta ytterligare.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienters självskattade uppfattningar om sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning med fokus på personcentrerad vård.

Frågeställningar

Hur uppfattar patienterna den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen utifrån perspektivet personcentrerad vård?

Anser patienterna att det finns behov av utveckling/förbättring vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen?

Kunde skillnader urskiljas i patienternas uppfattningar för påståande 1-9 utifrån ålder och kön?

METOD

Ansats/design

En kvantitativ ansats var lämplig för att besvara syftet med studien. Detta då författarna ämnade beskriva patienternas självskattade uppfattning av en situation samt även kunna urskilja eventuella skillnader mellan dessa uppfattningar utifrån demografiska data. Författarna hade för avsikt att undersöka en större grupp av patienter och därför valdes en kvantitativ ansats jämfört med en kvalitativ i form av intervjuer då färre patienter involveras. Den kvantitativa forskningen syftar till att ett representativt urval kan ge information om en större population och därmed ge förutsättning för att generalisera resultat (Polit & Beck, 2016). Denna studie var en icke-experimentell deskriptiv tvärsnittsstudie där författarna med hjälp av enkäter innehållande strukturerade frågor med graderade svar ämnade beskriva patienternas uppfattning av vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning.

Urval

Urvalet gjordes med hjälp av icke slumpmässigt konsekutivt urval vid sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar i Mellansverige (enligt Polit & Beck, 2016). Inklusionskriterierna för deltagande i studien var personer med diagnostiserad hjärtsvikt oavsett NYHA klass som vid tillfället var inskrivna för uppföljning vid en sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Patienter tillfrågades om deltagande i samband med ett besök vid hjärtsviktsmottagningen, och alla personer som uppfyllde inklusionskriterierna och tackade ja till att delta inkluderades i studien. Denna urvalsmetod benämns enligt Polit och Beck (2016) som ett icke slumpmässigt konsekutivt urval. Exklusionskriterier var patienter med kognitiv nedsättning

eller med svårigheter att läsa och skriva.

Genomförande

Tio hjärtsviktsmottagningar tillfrågades om deltagande i studien och fyra verksamheter tackade ja till att delta, de övriga tackade nej. Fem av de tillfrågade hjärtsviktsmottagningarna var verksamma inom primärvård och fem inom specialistvård. De verksamhetschefer som tackade ja var alla verksamma i Mellansverige inom specialistvården. Verksamhetschefen på respektive mottagning kontaktades per mail med skriftlig information om studien samt förfrågan om godkännande att få genomföra studien på enheten (Bilaga 1). Antal enkäter som skickades ut var 100 stycken fördelade vid fyra hjärtsviktsmottagningar inom specialistvården verksamma i två olika landsting. Enkäterna kodades för att spåra från vilken mottagning svaren kom ifrån och därmed kunna ge förutsättning för en eventuell jämförelse. Då svar endast inkommit från tre av mottagningarna, och ytterst få från en av dessa tre mottagningar, fanns ingen tillräcklig grund för en jämförelse dem emellan (Polit & Beck, 2016). Författarna till denna studie hade inte någon kontakt med respondenterna under arbetet med studien. Enkäterna delades ut i ett förfrankerat kuvert, adresserat till de personer som var ansvariga för studien. Kuverten med enkäterna delades ut av den ansvariga hjärtsviktssjuksköterskan på respektive enhet i samband med patientens besök vid hjärtsviktsmottagningen. I kuvertet tillsammans med enkäten fanns skriftlig forskningspersonsinformation (Bilaga 2) innehållande information om studien och de forskningsetiska principer som gäller för studien. Patienterna fyllde i enkäten i samband med besöket vid hjärtsviktsmottagningen. Hjärtsviktssjuksköterskan var inte närvarande under tiden som patienterna fyllde i enkäten och förslöt kuvertet. Hjärtsviktssjuksköterskan samlade in enkäterna som respondenterna lämnade tillbaka i det förseglade kuvertet. Hjärtsviktssjuksköterskan fick samma skriftliga information om studien och datainsamling som verksamhetschefen, och delgavs muntlig information enligt ovan angående datainsamlingen men var inte delaktig i det övriga arbetet med studien. Datainsamlingen pågick under februari och två veckor in i mars 2017. Ursprungligen var tidsramen för datainsamling begränsad till februari, men då det i slutet av februari endast inkommit ett tiotal enkäter och endast från en av mottagningarna förlängdes tidsramen med två veckor. Påminnelse via mail skickades under denna tid vid två tillfällen till respektive hjärtsviktsmottagning.

Mätinstrument

Frågorna/påståendena i enkäten (Bilaga 3) utvecklades till viss del med hjälp av Polit och Beck (2016). I enlighet med Polit och Beck (2016) valdes korta svarsalternativ med lika avstånd mellan de graderade alternativen, alternativen ska ömsesidigt utesluta varandra och frågorna begränsades i meningslängd så mycket som möjligt utan att tappa sin mening. Frågornas innehåll utformades genom att granska vetenskapliga artiklar som berörde ämnet personcentrerad vård samt sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Ekman et al. (2011) beskriver rutiner som innefattar viktiga delar inom personcentrerad vård. Partnerskapet är en central del i personcentrerad vård och till grund för detta ligger patientens berättelse om livssituation, sjukdom, symtom och förväntningar. Planering och beslut gällande patientens vård bör ske i samråd mellan vårdgivare, patient och anhörig samt utgå utifrån patientens upplevelser och förväntningar. Utifrån ovanstående delar utvecklades påståendena av författarna för att ta del av patienternas uppfattning av vården vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen med fokus på personcentrerad vård.

Inspiration till strukturering av påståendena i enkäten hämtades ur Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt (EHFScB-12) (Jaarsma, Strömberg, Mårtensson & Dracup, 2003). Frågor/påståenden anpassades för att besvara studiens syfte med kriteriet att dessa skulle

spegla patientens uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagningen vilket resulterade i tolv frågor/påståenden totalt. Nio av frågorna/påståendena är strukturerade och besvarades genom att ringa in en siffra på en femgradig skala där ett (1) överensstämmer precis med respondentens uppfattning och där fem (5) inte alls överensstämmer med respondentens egen uppfattning. Patienten hade även möjlighet att svara "Vet ej/kan inte ta ställning" på påståendena. Tre av frågorna/påståendena var semistrukturerade frågor där respondenten kunde kommentera.

För att besvara frågeställningen innehåller även enkäterna demografiska frågor gällande kön, ålder samt antal gånger de besökt hjärtsviktsmottagningen. Polit och Beck (2016) beskriver validitet och reliabilitet som två viktiga kriterier för att kvaliteten i en studie ska vara hög. Validitet anger i vilken grad instrumentet mäter det som verkligen skall mätas och reliabilitet syftar till hur författaren mäter, det vill säga med vilken precision instrumentet mäter (Polit & Beck, 2016). Enkäterna testades på sju utvalda personer som inte ingick i studien i enlighet med Polit och Beck (2016). Enligt Eliasson (2013) är det av vikt att testa frågeformulärets utformning och omfattning eftersom det kan förbättra det slutgiltiga formuläret och därmed bidrar till att undersökningen lyckas. Två av testpersonerna var patienter mellan 60 till 65 års ålder, men som inte led av hjärtsvikt. En av personerna var en sjuksköterska i 35 års ålder och fyra av personerna var i 60 till 65 års ålder. De fyra sistnämnda var lättillgängliga personer i författarnas närhet. Ingen av testpersonerna hade erfarenhet av hjärtsviktsmottagning. Att inte fler personer testades i enlighet med Polit och Beck (2016) var på grund av tidsbrist under studiens genomförande. Efter att enkäten testats gjordes ändringar i form av understrykning av pronomen i påståendena. Detta då två personer upplevt vissa påstående som lättare att läsa in om pronomen förstärktes samt att meningsuppbyggnad kompletterades i påstående sju.

Dataanalys

Data från respondenternas uppskattade numeriska värden gällande alla frågor/påståenden matades in en efter en i Excel dokument. Inmatningen av data kontrollerades flera gånger för att säkerställa att misstag inte begåtts. Data sammanställdes och analyserades med hjälp av Statistical Package for the Social Science (SPSS) 22.0. Demografisk data sammanställdes utifrån kön, ålder och antal gånger patienterna varit på besök hos hjärtsviktssjuksköterska. Bakgrundsvariabeln *ålder* delades även in i åldersgrupper yngre än 65 år, 65–74 år respektive 75–84 år. Demografiska data beskrevs i frekvens (%), mean (SD) och frågorna/påståenden (1–9) analyserades efter ordinalskala. En ordinalskala gav möjlighet att rangordna svarsalternativen (Eliasson, 2013). Frågorna/påståenden 10–11 var inte lika beroende av en rangordning då de innehöll svarsalternativen (Ja och Nej). Det tolfte påståendet benämns som "Övriga synpunkter" och där kunde patienterna fritt skriva egna kommentarer. Den sistnämnda redovisades som kommentarer i word-dokument. Resultatet av demografiska data redovisades med hjälp av frekvens, stapeldiagram och tabeller. Frågor/påståenden redovisades med hjälp av tabeller och en översikt gavs av frågeställningar och den analysmetod som användes, se tabell 1.

Tabell 1. Översikt frågeställningar och analysmetod

Frågeställningar	Enkätfrågor	Analysmetod	Extern bortfall
Hur uppfattade patienterna den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen utifrån perspektivet personcentrerad vård.	Fråga/påstående 1-9	Frekvens %, mean och SD	n=69
Anser patienter att det finns behov av utveckling vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen.	Fråga/påstående 10-12	Kommentarer ¹	n=69
Kunde skillnader urskiljas i patienternas uppfattningar för påstående 1-9 utifrån ålder och kön	Fråga/påstående 1-9 Ålder och kön.	Frekvens %, mean och SD	n=69

1. Kommentarer har inte analyserats utan redovisas i löpande text.

Forskningsetiska övervägande

Enligt Vetenskapsrådet bör all forskning uppfylla vissa krav för att hålla en hög kvalitet och säkerställa individens medverkan. Det finns två centrala krav i forskningen, forskningskravet och individskyddskravet. Forskare bör alltid ta hänsyn till de olika kraven och överväga för och nackdelar med forskningen. Forskningskravet innebär att genom forskning kunna utveckla och fördjupa kunskaper och därmed kan behandlingar inom vården förbättras. Denna studie syftade till att ta del av patienternas uppfattning av sin vård vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Författarna menar att den på så sätt uppfyller forskningskravet genom ökad kunskap om vården som i sin tur kan ligga till grund för förbättringsarbete. Individskyddskravet innebär att deltagarna i forskningen inte får utsättas för bland annat kränkningar eller förödmjukelse. I detta krav ingår fyra etiska kraven som bör uppfyllas i en studie. Dessa är samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, informationskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2009). *Informationskravet* uppfylldes genom att respondenterna informerades i ett informationsbrev om att deltagande är frivilligt, att studien inte medför några risker, att studien och den insamlade datan enbart kommer att användas i planerat arbete. I informationsbrevet fanns även information om, och aktuella kontaktuppgifter till författarna. *Samtyckeskravet* uppfylldes i denna studie på så sätt att samtycke till deltagande i studien erhöles då respondenterna aktivt valde att fylla i enkäten efter att ha läst informationsbrevet. (Polit & Beck, 2016). *Konfidentialitetskravet* uppfylldes genom att alla enkäter var numrerade istället för ifyllda med namn och endast ansvariga för studien hade tillgång till den insamlade datan. Inga namn eller personnummer fanns registrerade under genomförandet av studien. Hjärtsviktssjuksköterskan var den enda person som behövde veta vem respondenten var, vilket uppfyller konfidentialitetskravet om "need-to-know" angående identitet på respondenterna (Polit & Beck, 2016). Författarna ämnar använda enkäterna och resultatet av studien enbart i detta självständiga arbete på avancerad nivå och ingen publicering i sociala medier kommer att ske, vilket uppfyller *nyttjandekravet*.

RESULTAT

Studiens deltagare

Syftet med studien var att beskriva patienters uppfattning av sjuksköterskeledd

hjärtviktsmottagning. Författarna till denna studie har valt att presentera resultatet först utifrån demografisk data i form av diagram. Varje frågeställning kommer att redovisas med hjälp av tabeller och diagram utifrån de frågor som berör ämnen i frågeställningen. Respondenternas kommentarer redovisas i sin helhet både positiva som negativa. I de fall en respondent inte besvarade en viss fråga redovisas detta som internt bortfall. Svarsfrekvensen i denna studie blev låg, endast n=30 besvarade enkäter. Av alla respondenterna var antal kvinnor n=12 (38%) och män n=18 (58%). Utav alla respondenter av kvinnligt kön var den yngsta 24 år gammal och den äldsta 82 år gammal. Av de manliga respondenterna var den yngsta 31 år och den äldsta 83 år gammal. Medianålder bland respondenterna oavsett kön var 71 år. Internt bortfall n=1 (3%). För att kunna ge en inblick kring hur ålder i relation till kön är fördelade skapades åldersgrupper med indelning enligt RikSvikt (2015). Indelningen består av personer yngre än 65 år, 65–74 år, 75–84 år och äldre än 85 år. Könsfördelningen i relation till ålder visade att män var i större utsträckning yngre än kvinnorna i åldersgruppen (<65 år). I åldrarna 65–74 år och 75-84 år var fördelningen jämnare. Se Diagram 1

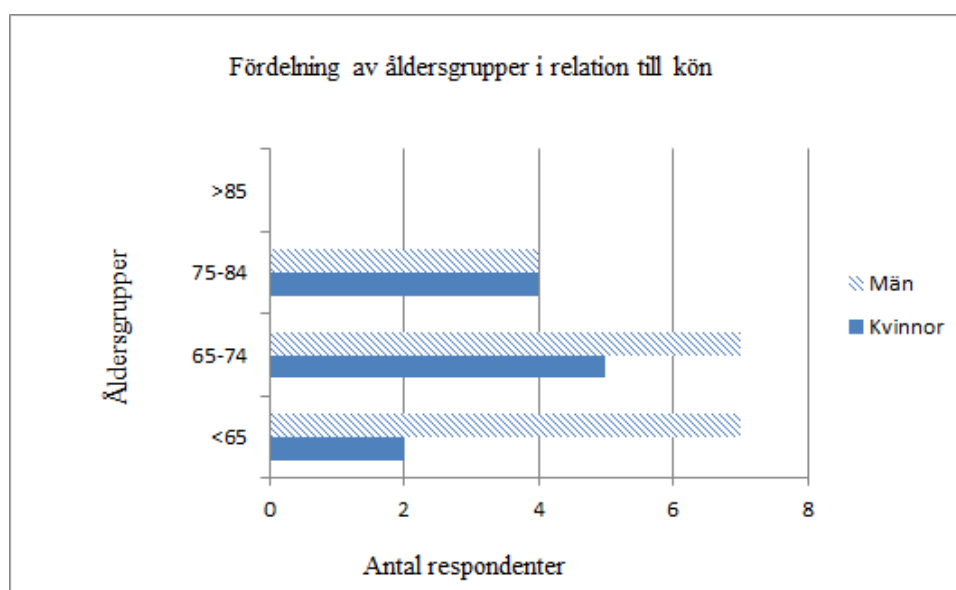


Diagram 1. Fördelningen av åldersgrupper i relation till kön.

Antal respondenter som svarade på hur många gånger de besökt hjärtviktsmottagningen blev n=26 (87%). Internt bortfall n=4 (13%). Median för mottagningsbesök blev 4 gånger för hela gruppen, se diagram 2. För kvinnor var medianvärdet 3 mottagningsbesök (min. 1 och max 5) och för män 4 mottagningsbesök (min.1 och max 10).

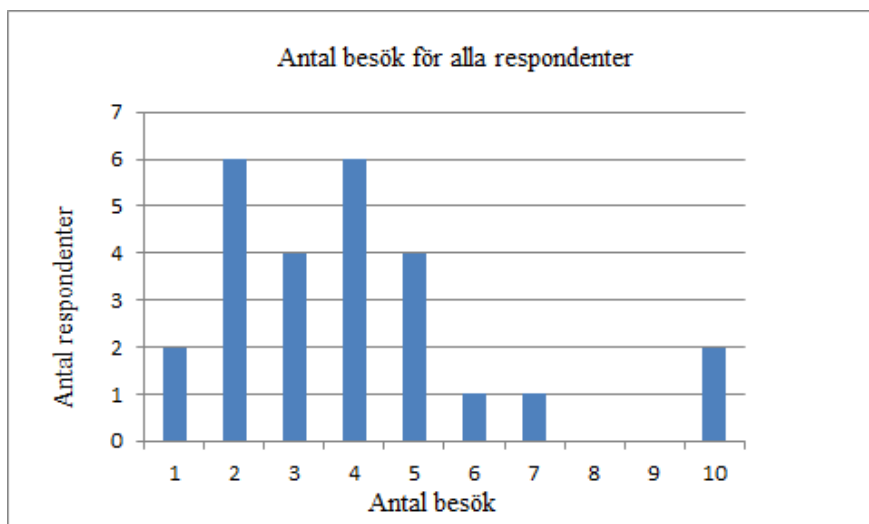


Diagram 2. Översikt av antal besök hos hjärtsviktssjuksköterskan

Resultat utifrån frågeställningar

Uppfattningar om den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen

Antal respondenter som svarade på frågorna var n=30 (97%). De flesta respondenter ansåg att deras uppfattning i stor utsträckning stämmer överens med påståendena (1-9). Av respondenterna som svarade vet ej/kan ej ta ställning var n=5 (16%), påstående sju och påstående 9 var överrepresenterade med n=4 (13%) respektive n=1(3%). Det interna bortfallet var lågt i alla nio påståenden. En sammanställning av alla frågor/påståenden och svar gjordes i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av patienternas uppfattningar av den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen, frågor 1-9

Fråga/Påstående	1 ¹	2 ¹	3 ¹	4 ¹	5 ¹	Vet ej/ kan ej ta ställning	Internt bortfall
1. Jag anser att jag ges utrymme att ställa frågor under besöket/en	27 (91)	1 (3)	1 (3)	0	1 (3)		0
2. Jag anser att jag ges tillfälle att berätta om mig och min livssituation	26 (88)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)		0
3. Jag anser att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnar till det jag berättar	28 (94)	0	1 (3)	1 (3)	0		0
4. Jag anser att uppföljning via sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ökar min trygghet	24 (82)	2 (6)	2 (6)	1 (3)	0		1 (3)
5. Jag anser att jag ges möjlighet att vara delaktig i min vård	22 (76)	3 (9)	3 (9)	1 (3)	1 (3)		0

6. Jag anser att beslut gällande min vård tas utifrån min livssituation i dialog mellan mig och hjärtsviktsjuksköterskan	23 (78)	4 (13)	1 (3)	1 (3)	0		1 (3)
7. Jag anser att jag ges möjlighet att ta med anhörig/vän till mottagningsbesöket	22 (75)	3 (9)	0	1 (3)	0	4 (13)	0
8. Jag anser att jag bemöts med respekt för mina kunskaper om mig som person	28 (94)	0	1 (3)	1 (3)	0		0
9. Jag anser att besöken vid hjärtsviktsmottagningen ökar förmågan att hantera mina symtom.	23 (78)	4 (13)	1 (3)	1 (3)	0	1 (3)	0

n=%

n= antal

1 Gradering av svarsalternativ (1) stämmer helt och (5) stämmer inte alls.

Utveckling/förbättring av den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen

Frågorna 10–12 bestod av frågor som besvarades med “Ja” eller “Nej” samt egna kommentarer. De flesta respondenter ansåg att informationen som gavs vid hjärtsviktsmottagningen var lätt att förstå och att det inte fanns något som borde utvecklas. Under övriga synpunkter hade nästan hälften av respondenterna egna kommentarer. Några av patienternas kommentarer redovisas nedan, då de stämde in på vad de ansåg att behövde utvecklas och förbättras. Resterande kommentarer redovisas under andra rubriker. Se tabell 3.

Tabell 3. Översikt av patienternas uppfattningar av den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen

Fråga/Påstående	Ja	Nej	Internt bortfall
10. Jag anser att informationen som ges vid hjärtsviktsmottagningen är lätt att förstå	30 (100)	0	0
11. Anser du att det finns något som bör utvecklas inom hjärtsviktsmottagningen	1 (3)	27 (91)	2 (6)
12. Övriga synpunkter	12 (40)	18 (60)	

n= antal (%)

I den sista frågan i tabell 3, “Övriga synpunkter” kunde respondenterna fritt beskriva sina egna kommentarer. De flesta kommentarer från respondenterna var positiva, de var nöjda med både mottagningen och med hjärtsviktsjuksköterskans arbete. En respondent lämnar följande kommentar gällande fråga 4:

“Är mycket nöjd med den vård/behandling jag fått och man känner sig trygg här. Har varit mycket bra för mig som patient med uppföljning efter sjukhusvistelse. Har varit en trygghet för mig som patient att kunna rådfråga hjärtsviktssjuksköterska vid behov”

En av respondenterna kommenterar som följer:

“Jag har blivit bemött med respekt och sakkunnighet”

Nedan redovisas resterande kommentarer från respondenterna:

“Optimal mottagning känner mig och är imponerad av jobbet de gör”

“Det är en vänlig duktig sjuksköterska i ...”

“Bästa sköterska man kan få!”

“Bra”

“Anser att jag har blivit mycket bra bemött. Mycket bra att samtala med.
Tack!”

“Bra vård och omvårdnad.”

“Mycket trevlig personal på hjärtmottagningen”

Det fanns tre kommentarer från respondenterna som angav att det fanns behov av förbättring/utveckling inom hjärtsviktsmottagningen:

”Minska antalet besökstider genom att samordna läkarbesöket samma dag som en undersökning som kräver läkarbedömning på samma dag. För dem som jobbar är det svårt att ta ledig flera gånger på en månad”

”Skulle vilja haft röntgen tidigare och pacemaker tidigare”

”Ska ju kontinuerligt förbättras”

Kunde skillnader urskiljas i patienternas uppfattningar för påstående 1–9 utifrån ålder och kön
I åldersgruppen 75–84 år visar resultatet att i fem av påståenden svarar 100 procent av respondenterna att det stämmer helt med deras uppfattning. Inom åldersgruppen yngre än 65 år var det påstående 5 som lägst antal respondenter n=5 (56%) skattade att stämmer helt med deras uppfattning. Se tabell 4.

Tabell 4. Sammanställning av patienternas uppfattning avseende hur många som instämde helt med påståendet utifrån åldersgrupper

Fråga/påstående	Ålder <65 n=9	Ålder 65-74 n=12	Ålder 75-84 n=8
1. Jag anser att jag ges utrymme att ställa frågor under besöket/en	8 (90)	11 (91)	8 (100)

2. Jag anser att jag ges tillfälle att berätta om mig och min livssituation	7 (78)	11 (91)	8 (100)
3. Jag anser att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnar till det jag berättar	8 (89)	12 (100)	8 (100)
4. Jag anser att uppföljning via sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ökar min trygghet	7 (88)	9 (83)	7 (88)
5. Jag anser att jag ges möjlighet att vara delaktig i min vård	5 (56)	9 (75)	8 (100)
6. Jag anser att beslut gällande min vård tas utifrån min livssituation i dialog mellan mig och hjärtsviktssjuksköterskan	7 (78)	9 (75)	7 (88)
7. Jag anser att jag ges möjlighet att ta med anhörig/vän till mottagningsbesöket	8 (89)	9 (75)	5 (63)
8. Jag anser att jag bemöts med respekt för mina kunskaper om mig som person	8 (89)	12 (100)	8 (100)
9. Jag anser att besöken vid hjärtsviktsmottagningen ökar förmågan att hantera mina symtom.	7 (78)	10 (83)	6 (75)

n= antal respondenter som svarat på respektive fråga i studien.

(%)

Patientens självskattade uppfattning som stämmer helt= siffrorna 1 i likertskala.

Tabell 5. Sammanställning av patienternas uppfattningar om hjärtsviktsmottagningen utifrån kön.

Fråga/påstående	Män n=18	Kvinnor n=12
1. Jag anser att jag ges utrymme att ställa frågor under besöket/en	16 (89)	10 (83)
2. Jag anser att jag ges tillfälle att berätta om mig och min livssituation	15 (83)	10 (83)
3. Jag anser att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnar till det jag berättar	17 (94)	10 (83)
4. Jag anser att uppföljning via sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ökar min trygghet	14 (78)	10 (91)
5. Jag anser att jag ges möjlighet att vara delaktig i min vård	11 (61)	11 (92)
6. Jag anser att beslut gällande min vård tas utifrån min livssituation i dialog mellan mig och hjärtsviktssjuksköterskan	12 (67)	11 (92)

7. Jag anser att jag ges möjlighet att ta med anhörig/vän till mottagningsbesöket	12 (67)	10 (83)
8. Jag anser att jag bemöts med respekt för mina kunskaper om mig som person	17 (94)	11 (92)
9. Jag anser att besöken vid hjärtsviktsmottagningen ökar förmågan att hantera mina symtom.	13 (72)	10 (83)

n= antal respondenter som svarat på respektive fråga i studien.

(%)

Patientens självskattade uppfattning som stämmer helt = siffra 1 i likertskala.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

Den valda ansatsen svarade mot syfte och frågeställningar då respondenterna fick möjlighet att både fylla i enkäten i form av slutna frågor och genom öppna frågor att själva formulera sina uppfattningar om hjärtsviktsmottagningen. Den kvantitativa forskningen syftar till att ett representativt urval kan ge information om en större population och därmed ge förutsättning för att generalisera resultat (Polit & Beck, 2016). Författarna till denna studie menar att detta utgjorde en bra förutsättning för att studiens resultat skulle kunna användas för att dra slutsatser kring patienters uppfattning av vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning, och således ge möjlighet till ökade kunskaper om vården för denna patientgrupp. Syftet kunde ha besvarats deskriptivt genom att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Emellertid är en intervjustudie inte ämnad för att urskilja skillnader och resultatet kan heller inte generaliseras utifrån en sådan (Polit & Beck, 2016). Ytterligare en fördel med att använda enkäter för datainsamling jämfört med intervjuer kan enligt Polit och Beck (2016) vara att respondenterna oftare avslöjar synpunkter av mer känslig karaktär. Detta då det inte är en person de lämnar sitt svar till utan kan skriva ner vad de tycker anonymt. Att använda intervju för datainsamling för denna studie kunde ha inneburit en betydande svaghet då båda författarna arbetar med sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning och således redan har en förståelse som riskerat att påverka objektiviteten enligt Polit och Beck (2016). Denna design gav möjlighet att beräkna skillnader/nivåer i graden av patienternas självskattade uppfattning gällande vården genom att analysera de numeriska variabler som besvarades genom enkäterna i enlighet med Polit och Beck (2016). En litteraturoversikt var inte ett alternativ då artikelsökningar inte givit ett tillräckligt resultat utifrån syftet att undersöka sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning utifrån ett patientperspektiv. En icke experimentell tvärsnittsstudie svarade till syftet då det gav en inblick i vilka uppfattningar de deltagande respondenterna hade vid tiden för undersökningen (enligt Polit & Beck, 2016). En svaghet med denna metod kan ses då resultatet av en tvärsnittsstudie enbart ger en uppfattning om patienternas uppfattning vid ett tillfälle, vilket innebär att resultatet av denna studie riskerar att inte vara representativt för hur det kunde ha sett ut vid ett annat tillfälle.

Urval och bortfall

Urvalsmetoden benämns enligt Polit och Beck (2016) som icke slumpmässigt konsekutivt urval och innebär att alla tillgängliga personer som under tidsramen för datainsamling möter studiens inklusionskriterier, och inte berörs av dess exklusionskriterier, tillfrågas om deltagande i studien. Vidare anger Polit och Beck (2016) att konsekutiv urvalsmetod även kan

användas då studien har en viss urvalsstorlek som mål för datainsamlingen. I denna studie var den ursprungliga tanken att hålla en tidsram på en månad för datainsamling. Detta visade sig vara för kort tid då endast ett fåtal enkäter inkommit mot månadens slut. Författarna förlängde tidsramen för datainsamling med ytterligare två veckor för att kunna samla in ytterligare enkäter och öka styrkan i studiens resultat (Polit & Beck, 2016). Resultatet kan ha påverkats av något som kallas tidseffekt; en företeelse som kan ha varit närvarande vid tillfället för datainsamlingen men frånvarande om datainsamlingen skett under en längre tidsperiod. Detta innebär en svaghet för studien då resultatet kanske inte är representativt för resten av året. Vidare anger dock Polit och Beck (2016) att konsekutivt urval kan anses vara den starkaste urvalsmetoden när det handlar om att göra urvalet löpande utifrån en viss tillgänglig population. Detta eftersom denna metod minskar risken för bias då deltagarna inte aktivt väljs ut, utan inkluderas löpande utifrån inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var personer med diagnostiserad hjärtsvikt oavsett NYHA-klass som vid tillfället var inskrivna för uppföljning vid en sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Detta för att patienterna skulle ha upplevt det som studien ämnade beskriva vilket styrker den externa validiteten och generaliserbarheten för studien (Polit & Beck, 2016). För att öka styrkan och generaliserbarheten för studiens resultat genomfördes datainsamlingen vid fyra olika hjärtsviktsmottagningar och inom två olika landsting (Polit & Beck, 2016). Angivna exklusionskriterier kan anses som särskilt avgörande då data samlades in med hjälp av påstående ställda i enkäter. Detta eftersom läskunnighet och tolkning av skrift var avgörande för att respondenterna skulle förstå påståendena (Polit & Beck, 2016). Kognitiv nedsättning vid demens skulle kunna innebära att respondenterna inte svarat sanningsenligt på grund av att de missförstått påståendena. Detta skulle innebära att resultatet inte var trovärdigt och utgöra en svaghet för studien. Likaså vid frånvarande eller dålig läskunnighet. Angivna exklusionskriterier kan därför anses utgöra en styrka i denna studie (Polit & Beck, 2016). Däremot gjordes inga tester eller utredningar för att säkerställa att patienterna var läskunniga och kognitivt adekvata, detta bekräftades enbart genom en bedömning av respektive hjärtsviktssjuksköterska. Antal enkäter som skickades ut till de fyra hjärtsviktsmottagningarna var n=100. Antal enkäter som besvarades och återsändes till de ansvariga för studien var n=30. Det externa bortfallet i denna studie blev därmed hög. Det interna bortfallet blev däremot låg, de flesta respondenter svarade på enkäternas frågor. En respondent svarade på enbart sex frågor. Författarna reflekterar över vad som kan ha påverkat den låga svarsfrekvensen. Hjärtsviktssjuksköterskorna kan ha haft hög arbetsbelastning under den period som datainsamlingen pågick, eller haft mindre tid för hjärtsviktsmottagning på grund av andra arbetsuppgifter. Vid en av de hjärtsviktsmottagningar som inte skickat tillbaka någon enkät alls i slutet av februari svarade hjärtsviktssjuksköterskan att de haft mestadels nya patienter under några veckor och detta var förklaringen till att så få hittills kunnat inkluderas i studien. Vid de andra två hjärtsviktsmottagningarna som inte återsänt några enkäter svarade den ena att på grund av ledighet och nyrekrytering av personal kunde inte enkäter delas ut som planerat. Den andra mottagningen har inte svarat alls, trots upprepade mail. Enligt hjärtsviktssjuksköterskorna vid två av mottagningarna som återsänt flest enkäter, innebar studien inga besvär i arbetet och upplevdes inte heller ta för mycket tid i anspråk. Generaliserbarheten i studien är låg på grund av kort tidsram för datainsamling och stort bortfall samt alltför få besvarade enkäter som resultatet grundas på. Enligt Polit och Beck (2016) bör svarsfrekvensen vara minst 65 procent för att resultatet ska kunna generaliseras då risken för bias är liten. För att öka svarsfrekvensen hade datainsamling kunnat genomföras under en längre tidsperiod. Datainsamling hade också kunnat ske genom att skicka enkäter direkt hem till patienterna efter att hjärtsviktssjuksköterskorna på respektive enhet listat de av patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna (Polit & Beck, 2016). Detta skulle eventuellt ha gjort att bortfall relaterat till hjärtsviktssjuksköterskornas arbetsbelastning och assistans i

studien kunnat undvikas.

Genomförande

Datainsamlingen gjordes med en begränsad tidsram för att hinna avsluta arbetet enligt planen och genomfördes under februari månad och två veckor in i mars 2017. Den ursprungliga tidsramen utökades från en månad till en månad och två veckor på grund av för låg svarsfrekvens. Totalt hade fyra hjärtsviktsmottagningar tackat ja till att delta i studien men endast tre av dessa delade ut enkäter. Detta illustrerar svagheten med en relativt kort tidsram för datainsamling, då resultatet riskerar att inte vara representativt för resten av året. Enligt Polit och Beck (2016) ökar personlig överlämning av enkäter svarsfrekvensen vilket ger en större möjlighet att generalisera resultatet. Personlig överlämning utgör en styrka i studien då osäkerhet minskar kring huruvida det verkligen är patienten själv som svarat på enkäten, vilket inte med säkerhet kan sägas då enkäter istället skickas hem till patienten (Polit & Beck, 2016). Emellertid kan denna metod att överlämna enkäterna även ses som en svaghet i studien då patienterna kan ha blivit påverkade av hjärtsviktssjuksköterskan och kanske inte svarat sanningsenligt (Polit & Beck, 2016). Även rädsla för att hjärtsviktssjuksköterskan skulle kunna öppna kuvertet efter att patienten svarat på påståendena kan ha påverkat patientens svar. Ytterligare en svaghet i metoden vilket kan ha påverkat resultatet kan ses då hjärtsviktssjuksköterskan också kan ha läst påståendena före patientens besök, vilket kan ha påverkat bemötandet gentemot patienten (Polit & Beck, 2016). Författarna till denna studie hade inte någon kontakt med respondenterna under arbetet med studien, vilket kan ses som en styrka i studien då det minskar risken för bias (Polit & Beck, 2016). Detta särskilt då författarna själva arbetar med sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning och har på grund av detta en viss förförståelse inom ämnet.

Mätinstrument

Författarna utvecklade påståenden i enkäten självständigt då det för tillfället inte fanns något redan utvecklat mätinstrument för att besvara syfte och frågeställningar (Polit & Beck, 2016). Detta kan ha inneburit en svaghet för mätinstrumentet då det enligt Polit och Beck (2016) är ett tidskrävande arbete att utveckla ett mätinstrument för självrapportering. Då tidsramen för denna studie var ca tio veckors heltidsarbete utarbetades påståendena i enkäten med dessa villkor. Text genomfördes inte utlåtande av en grupp experter och påståendena testades inte på en större grupp testpersoner vilket enligt Polit och Beck (2016) krävs för att ge en stark validitet för ett mätinstrument. För att styrka validiteten i enkäterna testades dessa på sju utvalda personer som inte ingick i studien enligt Polit och Beck (2016). En svaghet när det gäller validiteten kan ses när det gäller val av testpersoner (Polit & Beck, 2016). Detta då enkäten endast testats av personer som inte har hjärtsvikt och endast två av testpersonerna var patienter. Emellertid ställs inga frågor som endast berör personer med hjärtsvikt, alltså inga ämnesspecifika frågor som kräver kunskap om hjärtsvikt. Författarna menar att alla personer som har erfarenhet av möten inom hälso- och sjukvård, och inte omfattas av exklusionskriterierna, ska ha möjlighet att förstå påståendena. Ingen av testpersonerna var äldre än 65 år. Därmed kan det inte sägas att påståendena varit lika lätta att förstå för personer äldre än 65 år. En svaghet när det gäller enkäter som mätinstrument kan ses då skrivna ord kan tolkas olika från person till person. Delaktighet till exempel kan betyda olika beroende av vem som läser och svarar på enkäten. Således kan detta ha inneburit en svaghet i fråga om validitet då säkerheten för att enkäten mäter det som avses att mätas inte kan styrkas och reliabilitet då precisionen för mätningen kan ha varit svag för enkäten som mätinstrument (Polit & Beck, 2016). Endast mindre ändringar gjordes efter att enkäterna testats. Detta då två personer upplevde att meningsbyggnaden i påstående sju, *Jag anser att jag ges möjlighet att ta med anhörig/vän till mottagningsbesöket*, kunde förtydligas och förståelsen av alla

påståenden skulle kunna förbättras genom förstärkning av pronomen. Pronomen förstärktes genom understrykning och meningsbyggnaden ändrades från anhörig till anhörig/vän då det kan finnas personer som inte har någon anhörig som kan följa med till mottagningsbesöket. På grund av tidsbrist begränsades testerna till ovan nämnda personer. För att öka validitet och reliabilitet i studien kunde enkäten ha testats av fler personer och även av personer som har hjärtsvikt (Polit & Beck, 2016).

Forskningsetiska överväganden

Respondenterna tillfrågades, i egenskap av patient, om deltagande i studien i samband med ett besök vid sin hjärtsviktsmottagning. Detta kan ha inneburit att patienten kände sig tvingad att delta i studien vilket bryter mot det etiska kravet om frivillighet (Polit & Beck, 2016). Att överlämnandet gjordes av patientens hjärtsviktssjuksköterska kan också ha påverkat dennes svar. Detta då rädsla för att hjärtsviktssjuksköterskan ändå skulle ha kunnat läsa svaren och att detta kan påverka patientens vård i framtiden. Ovanstående kan ha inneburit en risk för att det etiska kravet om konfidentialitet brutit i denna studie (Polit & Beck, 2016). För att bibehålla konfidentialiteten efter att patienterna svarat togs alla besvarade enkäter som återsänts om hand direkt och förvarades väl för att hindra obehöriga från att läsa dem.

Resultatdiskussion

En större del av patienterna i denna studie svarade att de i stor utsträckning bemöttes enligt perspektivet personcentrerad vård. Resultatet visade att respondenterna i denna studie uppfattade att de under besök vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen blev lyssnade till och bemöttes med respekt för dem som individer. Påståendena som gällde delaktighet samt möjlighet att ta med anhörig till mottagningsbesöket var de påståenden där respondenterna gav bredast spridning i sina graderade svar. Mer än 70 procent svarade att de instämde med frågorna/påståendena. Emellertid kan påståendena ha missuppfattats, och således inte tolkats i enlighet med författarnas avsikt. Vidare blev svarsfrekvensen låg, mindre än 65 procent, vilket innebar att resultatet inte var representativt och därmed inte går att generalisera (Polit & Beck, 2016).

De flesta respondenter som ingick i studien var män $n=18$ (58 %) jämfört med kvinnor $n=12$ (38%). Detta skulle kunna förklaras enligt Zarrinkoub et al. (2013) som anger att män har sin hjärtsvikt längre jämfört med kvinnor. Detta kan ses i åldersfördelningen i denna studie där männen var fler i åldersgruppen yngre än 65 år men i åldersgrupperna 65–74 år respektive 75–84 år var fördelningen mellan könen jämnare. Resultatet anger att antal besök hos hjärtsviktssjuksköterskan gav medianvärdet fyra mottagningsbesök. Det minsta antalet besök var ett och det högsta antal besök var tio. Kvinnorna i studien hade ett medianvärde på tre mottagningsbesök jämfört med männens fyra besök. Männen hade högsta antalet besök hos hjärtsviktssjuksköterskan med tio gånger. Liknande siffror visar Riksvikt (2015) och Ponikowski et al. (2016), den sistnämnda beskriver att prevalensen är högre hos yngre män. Detta skulle kunna ha påverkat resultatet då dessa respondenter hade mer erfarenhet av hjärtsviktsmottagningen, och eventuellt ha hunnit skapa en tryggare relation med hjärtsviktssjuksköterskan.

Ett av de två påståenden där minst antal av respondenterna svarade att de instämde helt gällde påståendet *Jag anser att jag ges möjlighet att ta med vän/anhörig till mottagningsbesöket*. Så många som $n=4$ (13%) svarade *Vet ej/Kan ej ta ställning*, vilket är mer än för svaren på de övriga frågorna/påståenden. Endast $n=22$ (70%) svarade att de instämde helt med detta påstående. Strömberg, Mårtensson, Fridlund och Dalström (2001) visade att vid

hjärtviktsmottagningar på sjukhus i Sverige gav endast 59 procent information om hjärtsvikt till anhöriga, vilket kan reflektera resultatet med denna studie. Enligt Riley et al. (2016) och Strömberg et al. (2003) bör både patienter och anhöriga få information om hjärtsvikt. Strömberg et al. (2003) konstaterade att genom ett gott samarbete mellan patient, anhöriga och hjärtsviktssjuksköterska kunde symtomlindring och ökad livskvalité uppnås. Vidare att god kännedom hos patienten och anhöriga om hjärtsvikt och dess symtom minskade återinskrivningar på sjukhus och mortalitet hos personer med hjärtsvikt. Författarna till denna studie reflekterar över att patienters närstående inte deltog i vården således skulle kunna innebära att vården blev mindre lyckad samt även innebära en risk de gånger patienter missuppfattar information om ingen närstående finns med och tar del av informationen. Även Lloyd-Williams, Beaton, Goldstein, Mair, May och Capewell (2005) uppmärksammade patienternas uppfattningar av den sjuksköterskeledda hjärtviktsmottagningen och de fann att patienterna ofta inte förstått eller hört vad hjärtsviktssjuksköterskan sagt. Vidare kunde patienterna dessutom inte komma ihåg information gällande planering av behandlingen eller egenvårdsråd. Resultatet av denna studie indikerar dock att respondenterna i hög utsträckning uppfattade att informationen de tog del av under besöken var lättförståelig. Att närstående deltar som ett stöd för patienten innebar även en ökad tilltro hos patienten till egen förmåga, vilket enligt Stamp et al. (2016) gav en positiv effekt på patientens följsamhet till medicinering och motivation till egenvårdsåtgärder. Resultatet kan med tanke på ovanstående ha indikerat ett behov av att utöka samarbete med närstående.

Det andra påstående som minst antal av respondenterna svarat att de instämmer helt med berörde patientens självskattade delaktighet. Även i på detta påstående svarade endast $n=22$ (70%) av respondenterna att de instämde helt. I frågeställningen som berörde patientens delaktighet och delat beslutsfattande gällande vården (påstående 1, 2, 5 och 6) ansåg respondenterna i åldersgruppen 75–84 år att de instämde helt med dessa fyra påståenden. I åldersgruppen yngre än 65 år var resultatet av dessa påståenden annorlunda då spridningen i gradering av svaren på likertskalan visade sig vara större i denna grupp. Tre av respondenterna i denna grupp instämde inte alls med påståendena (5) och tre angav siffran 4 i skalan. Författarna till denna studie reflekterar över om en tänkbar orsak till spridningen skulle kunna ha varit att de yngre respondenterna var män och besökt hjärtsviktssjuksköterskan fler gånger och därmed känt sig tryggare i att gradera sina svar. Kvinnor hade mindre antal besök jämfört med män samt var äldre. Ekman, Fu och Granger (2013) framhöll i sin studie att äldre personer med hjärtsvikt hade ofta sämre kunskap om sin sjukdom och relationen till hälsa. Resultatet visade att fler män än kvinnor ansåg sig få utrymme att ställa frågor och berätta om sig själva. Med den goda evidens för personcentrerad vård och då delaktighet och delat beslutsfattande ligger till grund för evidensbaserad vård kan resultatet i denna frågeställning ha påvisat en brist i vården vid sjuksköterskeledd hjärtviktsmottagning. Resultatet i denna studie kan inte generaliseras men resultatet kan till viss del relateras till andra studiers resultat, vilket kan ses som en styrka enligt Polit och Beck (2016). Att så många inte instämde med påståenden om delaktighet och delat beslutsfattande skulle kunna ses som ett bakslag när det gäller nya lagen om patientdelaktighet. Meningen med denna lag var att patienterna skulle ha mer inflytande och att genom delaktighet, integritet och självbestämmande stärka patientens ställning (SKL, 2015). Effekten av hur den nya patientlagen implementerats och vad den inneburit för patienten utvärderades av Vårdanalys (2017) och resultatet av rapporten speglar resultatet i denna studie avseende delaktighet. Då en del av respondenterna ansåg att de inte gavs möjlighet till delaktighet och beslutsfattande i sin egen vård skulle detta kunna indikera ett behov av att flera hjärtsviktssjuksköterskor bör genomgå utbildningar inom personcentrerad vård.

Även om svarsfrekvensen var låg i denna studie visade majoriteten av respondenterna att de instämde med alla påståenden. Anmärkningsvärt var att respondenterna i åldersgruppen 75–84 år i större utsträckning ansåg att deras uppfattning stämde helt med påståendena 1–9. Påståendet *hjärtviktssjuksköterskan lyssnar till det jag berättar* och påståendet *jag bemöts med respekt för mina kunskaper om mig som person* svarade respondenterna i hög utsträckning (mer än 90%) att de instämde helt med, oavsett åldersgrupp och kön. Detta kan ha resulterat i att respondenterna känner en ökad tilltro till egen förmåga och att de känner en tilltro och trygghet i vården vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen enligt Jakimowics, Stirling och Duddle (2014) som i sin studie visade hur viktiga dessa centrala koncept är inom personcentrerad vård. Påståendet *Jag anser att informationen som ges vid hjärtsviktsmottagningen är lätt att förstå* svarade n=30 (97%) Ja på. Detta kan ha inneburit att informationen vid hjärtsviktsmottagningarna i hög grad anpassats till patienterna som individer (Jakimowicz, Stirling & Duddle, 2014). Individanpassad och lättförståelig information är ett viktigt stöd i patientens egenvård.

Slutsats

Slutsatsen som drogs utifrån studiens resultat var att patienterna i stor utsträckning ansåg att påståendena stämde med deras uppfattning om vården vid de sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningarna. Författarna tolkar detta som att personcentrerad vård, såsom den beskrivs i denna studie var en del av vården vid hjärtsviktsmottagningarna. Detta då frågorna som ställdes med bakgrund i personcentrerad vård besvarades helt instämmande av majoriteten av patienterna. Dock kan mer utveckling och fokus läggas på att öka patienternas delaktighet och delat beslutsfattande ytterligare gällande vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning samt indikera ett behov av att hjärtviktssjuksköterskor behöver fokusera mer på att involvera närstående i vården. Detta då något färre av patienterna instämde helt med just dessa frågor/påståenden.

Klinisk tillämpbarhet

Även om resultatet inte går att generalisera till alla personer med hjärtsvikt som vårdas vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning, skulle denna studie kunna ge en inblick i hur patienter kan uppfatta sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Resultatet visar att delaktighet och delat beslutsfattande i vården eventuellt kan utvecklas och förbättras. Resultatet kan användas för att få en inblick i huruvida vården vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning sker med bakgrund i personcentrerad vård. Då god evidens finns för att bedriva personcentrerad vård kan denna studie ge en ögonblicksbild i hur det fungerar vid sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar i nuläget och därigenom fungera som utgångsläge för att utveckla sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar med fokus på personcentrerad vård. Genomförandet av studien visar också på behovet av att mer forskning genomförs för att undersöka patienternas uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning med perspektivet personcentrerad vård. Detta för att ta del av patienternas upplevelse och belysa eventuella behov av förbättring inom hjärtsviktsmottagning. Om en studie genomförs i framtiden med syfte att beskriva patienters uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning, skulle en kvalitativ intervjustudie kunna ge en fördjupad förståelse för patienternas upplevelser. Vid syfte att även kunna generalisera resultatet av studien skulle en kvantitativ enkätstudie kunna genomföras men då med en utökad tidsram för datainsamling.

REFERENSER

Agvall, B. (2010). *Hjärtsvikt i primärvården*. Södertälje: AstraZeneca.

Berglund, G., Engström-Laurent, A., Lindgren, S., & Lindholm, N. (2009). *Hjärt-kärlsjukdomar. Utdrag ur Internmedicin*. Stockholm: Liber Förlag.

Cheng, H., Ying, S., Wang, Q., Sit, J., Wong, E., & Tang, S.W. (2016). Effects of a nurse-led heart failure clinic on hospital readmission and mortality in Hong Kong. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(5), 415-419. doi: 10.11909 / j.issn.1671-5411.2016.05.013.

Dahlström, U., Nyström, F., & Jonasson, L. (2010). *Kardiovaskulär medicin*. Stockholm: Liber Förlag.

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: teori och tillämpning. I A-K. Edberg (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 29–60). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,... Sunnerhagen, KS. (2011). Person-centered care -Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-252. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eldh, A-C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non participation in health care. *Health Expect*, 11(3), 263-271. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.004BBX

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Falk, H., Ekman, I., Andersson, R., Fu, M., & Granger, B. (2013). Older patients' experiences of heart failure: An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 247–255. 10.1111/jnu.12025

Hedin, K., & Löndahl, M. (2010). *Hjärt och kärlsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370. doi: 10.1016/S1388-9842(02)00253-2

Jakimowicz, S., Stirling, C., & Duddle, M. (2014). An investigation of factors that impact patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 19-33. doi: 10.1111/jocn.12676

Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC Geriatrics*, 15(125), doi: 10.1186/s12877-015-0124-y

Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2015). Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient preference and adherence*, (9), 1603–1610. doi: 10.2147/PPA.S90942

- Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K., & Plos, K. (2011). Patients perceptions of nurse behaviour that influence patients participation in nursing care: a critical incident study. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-8. doi: 10.1155/2011/534060
- Lloyd-Williams, F., Beaton, S., Goldstein, P., Mair, F., May, C., & Capewell, S. (2005). Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illness*, (1), 39-47. doi: 10.1179/174239505X19590
- Lucas, R., Riley, JP., Mehta, PA., Goodman, H., Banya, W., Mulligan, K.,...Cowie, MR. (2014). The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients' illness beliefs, mood and quality of life over a six-month period. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (1-2), 256-265. doi: 10.1111/jocn.12616
- Läkemedelsboken. (2017). *Hjärtsvikt*. Stockholm: Läkemedelsboken. Hämtad 8 Februari 2017 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html?search=hj%C3%A4rtsvikt&id=e2_52#e2_52
- Mårtensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, J-E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *European Journal of Heart Failure*, 7(3) 393-403.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *NURSING RESEARCH: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ponikowski, P., Voors, A., Anker, S., Bueno, H., Cleland, J.G.F., Coats, A.,...Van de Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37, 2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
- RiksSvikt. (2015). Nationellt hjärtviktsregister. *Årsrapport Rikssvikt 2015*. Rikssvikt. Hämtad 12 februari 2017 från <http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/om-rikssvikt/arsrapporter?task=document.viewdoc&id=518>
- Riley, J., Astin, F., Crespo-Leiro, M., Deaton, C., Kienhorst, J., Lambrinou, E., & Anker, S. (2016). Heart failure association of the European society of cardiology heart failure nurse curriculum. *European Journal of Heart Failure*, 18, 736-743. doi:10.1002/ejhf.568
- SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Patientdelaktighet*. Stockholm: SBU. Hämtad 30 Januari 2016, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/patientdelaktighet-i-halso--och-sjukvarden/>
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 2 Februari 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SOSFS 2009:6. *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 21 mars, 2017, från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

Sigma Theta Tau International (2008) Position Statement on Evidence-Based Practice, February 2007 Summary. *World Views of Evidence-Based Nursing*, 5, 57-59. Hämtad från <https://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2Fdoi%2F10.1111%2Fj.1741-6787.2008.00118.x%2Ffull>

Stamp, K., Dunbar, S., Clarck, P.C., Reilly, C., Gary, R., Higgins, M., & Ryan, R. (2016) Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5), 317-327. doi: 10.77/1474515115572047.

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Dalhström, U. (2001). Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart failure*, 3(1), 139-144. doi: 10.1016/S1388-9842(00)00099-4

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Levin, L.A., Karlsson, J.E., & Dahlström, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 11, doi:10.1016/S0195-668X(03)00112-X. 1014-1023.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Personcentrerad vård*. Stockholm:SFF. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2016). Evidensbaserad vård och omvårdnad. Stockholm: SFF hämtad från https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Evidensbaserad-var-d-och-omvardnad/

Sveriges Kommuner och Landsting SKL. (2015). Patientlagens ska stärka patientens ställning. Stockholm:SKL: Hämtad 22 februari från <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2083.html>

Ulin, K., Olsson, L-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2016). Person-centered care-An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15, (3), 19-26. doi:10.1177/1474515115569945

Velez, M., Westerfeldt, B., & S-Rahk, P. (2008). Why it pays for hospitals to initiate a heart failure disease management program. *Disease Management and Health Outcomes*, 16(3), 155-173. doi: 10.2165/00115677-200816030-00003

Vetenskapsrådet. (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 1 december, 2016 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdanalys (2017). *Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Wikström, G. (Red.). (2014). *Hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Zarrinkoub, R., Wettermark, B., Wändel, P., Mejhert, M., Szulkin, R., Ljunggren, G., &

Kahan, T. (2013). The epidemiology of heart failure, based on data for 2,1 million inhabitants in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 15, 995-1002. doi:10.1093/eurjhf/hft064

Brev till Verksamhetschef.

Till verksamhetschef

Namn:

Enhet:

Vi heter Ivonne Arvidsson och Sofie Östensson och är distriktssjuksköterska respektive sjuksköterska. Vi studerar Specialistsjuksköterskeprogrammet -inriktning hjärtsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I vårt *självständiga arbete, omfattande 15 högskolepoäng*, har vi valt att studera: Patientens uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning. Vi är därför intresserade av få genomföra studien vid enhet:

Om *Du godkänner* att studien genomförs vid din klinik, är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill vi gärna att Du anger detta. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att *publiceras på internet i DIVA* som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie *presenterar vi gärna våra resultat* för Dig och/eller verksamheten om Du så önskar.

Stockholm 2016-12-19

Med vänlig hälsning

Student

Namnförtydligande

tel:

epost:

Handledare

Student

Namnförtydligande, hemvist

tel:

e-post:

Namnförtydligande

tel:

e-post:

Studiens preliminära titel är *Patientens uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning.*

Syftet med studien är att beskriva patientens självskattade uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning.

Tidigare forskning har visat att sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning minskar återinskrivningar inom specialistvård för försämrad hjärtsvikt, ökar patientens tilltro till sin egen förmåga och ger ökad livskvalitet. Närvaron av personcentrerad vård har påvisats vara en viktig förutsättning för sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ska ge ökad livskvalitet och tilltro till egen förmåga hos personer med hjärtsvikt. Centrala delar i personcentrerad vård är delaktighet, att patientberättelsen blir lyssnad till och att denna är utgångspunkt för planering av vården. Vidare är det centrala i personcentrerad vård det partnerskap som bildas mellan patient, anhöriga och vårdpersonal med ömsesidig respekt för den andres kunskap. Då författarna till denna studie inte har kunnat finna forskning som belyser patientens uppfattning av vård vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen med fokus på centrala delar i personcentrerad vård behöver mer forskning genomföras inom detta område.

Datainsamling kommer att ske med hjälp av enkäter som personer inskrivna vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning får besvara.

Vi önskar kunna dela ut och samla in 25 enkäter på Din enhet. Enkäterna kommer patienterna att fylla i efter ett besök hos hjärtsviktssjuksköterskan. För detta krävs att hjärtsviktssjuksköterskan informerar lite kort om studiens syfte och lämnar ut enkäten tillsammans med skriftlig information om studien samt samlar in enkäten i ett förseglat och förfrankerat kuvert. Därefter returneras kuvertet med enkäten till ansvariga för studien. Vi planerar att genomföra enkätstudien under december 2016 till mitten av februari 2017. Alla personer som ska fylla i enkäterna kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

.....
Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande *förbehåll*

.....
.....
Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum.....

Underskrift.....

Namnförtydligande.....

Enhet.....

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Patientens uppfattning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning

Hjärtsvikt drabbar cirka 250 000 personer i Sverige varje år och prevalensen ökar med stigande ålder. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning minskar återinskrivningar inom specialistvård för försämrad hjärtsvikt. Närvaron av personcentrerad vård har påvisats vara en viktig förutsättning för sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ska ge ökad livskvalitet och tilltro till egen förmåga hos personer med hjärtsvikt. Centrala delar i personcentrerad vård är delaktighet, att patientberättelsen blir lyssnad till och att denna är utgångspunkt för planering av vården. Vidare är det centrala i personcentrerad vård det partnerskap som bildas mellan patient, anhöriga och vårdpersonal med ömsesidig respekt för den andres kunskap. Då författarna till denna studie inte har kunnat finna forskning som belyser patienters uppfattning av vård vid den sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningen med fokus på centrala delar i personcentrerad vård behöver mer forskning genomföras inom detta område.

Syftet med denna studie är att beskriva patientens uppfattning av att vårdas vid en sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning.

I egenskap av patient *inskriven vid en sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning tillfrågas Du* om deltagande i studien. Det som deltagandet innebär för Dig är att Du svarar på 12 frågor i en enkät. De flesta frågor har svarsalternativ men i tre av frågorna har Du möjlighet att utveckla Ditt svar. När Du svarat på frågorna lägger Du enkäten i det bifogade kuvertet och sluter det, varpå Du lämnar det till Din hjärtsviktssjuksköterska. Hon eller han skickar sedan kuvertet till de personer som är ansvariga för studien.

Vi ser *inte* att deltagande i studien medför *några risker* för Dig. Genom Ditt deltagande kan du *bidra till ökad kunskap* om hur personer med hjärtsvikt uppfattar vård vid sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning

Endast de ansvariga för studien kommer att se dina svar. *Enkäten kommer att hanteras konfidentiellt*. Den är märkt med ett nummer istället för namn. Endast de som är ansvariga för studien har tillgång till den besvarade enkäten. Den insamlade datan kommer att användas för att sammanställa resultatet i studien som sker på avancerad nivå. Studien kommer sedan att redovisades i gruppnivå samt att publiceras i DiVA (En elektronisk registrering och publicering av uppsatser)

Deltagande i studien är *frivilligt*. Din vård kommer inte att påverkas även om du tackar nej till att delta. Du kan närsomhelst tacka nej till att delta i studien. Även om Du först valt att delta och sedan önskar avsluta ditt deltagande kommer ditt ställningstagande inte på något sätt att ifrågasättas.

Kontakta gärna de ansvariga för studien om Du önskar ta del av studiens resultat.

Ansvariga för studien är:

Sofie Östenson, leg. Sjuksköterska, student inom Specialistsjuksköterskeprogrammet -

inriktning hjärtsjukvård vid Sophiahemmets Högskola.

E-mail: sofie.ostensson@ltdalarna.se

Telefon: 070-3949898

Ivonne Arvidsson, Distriktssköterska, student inom Specialistsjuksköterskeprogrammet -
inriktning hjärtsjukvård vid Sophiahemmets Högskola.

E-mail: ivonne.arvidsson@lul.se

Telefon: 070-1405874

Handledare är Monica Rydell Karlsson, Med Dr, Höskolelektor, Leg sjuksköterska,
Sophiahemmet Högskola.

E-mail: monica.rydell@sophiahemmethogskola.se

Telefon: 08-406 29 01

Patientenkät.

Kod:

Enkäten baseras på frågor/påståenden om hur DU som patient upplever din sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagning.

Besvara frågorna 1–9 genom att ringa in det svarsalternativ som stämmer bäst med din upplevelse av hjärtsviktsmottagningen, där siffran (1) stämmer helt och där siffran (5) stämmer inte alls. Om du känner att du inte kan besvara påståenden kan du göra ett kryss (X) där det står Vet ej /Kan ej ta ställning.

påstående 10 och 11 är JA eller NEJ frågor där du även har möjlighet att kommentera ditt svar.

I påstående 12 kan du fritt beskriva dina egna tankar kring hjärtsviktsmottagningen.

Man

Kvinna

Ålder.....

Antal gånger du varit på besök hos hjärtsviktssjuksköterskan.....

Frågor	Stämmer helt					Stämmer inte alls	Vet ej/Kan ej ta ställning
1. Jag anser att <u>jag</u> ges utrymme att ställa frågor under besöket/en	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
2. Jag anser att <u>jag</u> ges tillfälle att berätta om mig och min livssituation	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
3. Jag anser att hjärtsviktssjuksköterskan lyssnar till det <u>jag</u> berättar	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
4. Jag anser att uppföljning via sjuksköterskeledd hjärtsviktsmottagning ökar <u>min</u> trygghet	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
5. Jag anser att <u>jag</u> ges möjlighet att vara delaktig i planering av min vård	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
6. Jag anser att beslut gällande <u>min</u> vård tas utifrån <u>min</u> livssituation i dialog mellan mig och hjärtsviktssjuksköterskan	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>
7. Jag anser att <u>jag</u> ges möjlighet att ta med	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>

