

**PERSONERS UPPLEVELSE AV HUR LIVSKVALITETEN KAN PÅVERKAS AV  
BEHANDLING MED LÄKEMEDLET SIMDAX® VID KRONISK HJÄRTSVIKT**

**-En kvalitativ intervjustudie**

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning hjärtsjukvård  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 2019-06-14  
Kurs: Ht17

Författare:  
Elin Backlund

Maria Gitzia

Handledare:  
Richard Ahlsröd

Examinator:  
Margareta Westerbotn

## SAMMANFATTNING

Kronisk hjärtsvikt är en progressiv och allvarlig sjukdom och har symtom som påverkar personernas livskvalitet negativt. Försämring i hjärtsvikt medför en ökad mortalitet samt återinläggningar på sjukhus. De vanligaste symtomen som uppstår är bland annat dyspné, trötthet och ödem. Målet med hjärtsviktsbehandlingen är att lindra symtom, förbättra livskvalitet, förhindra progress, minska behovet av sjukhusvård, samt förlänga överlevnaden. Behandlingen av hjärtsvikt består av den icke farmakologiska behandlingen som syftar till egenvård samt den farmakologiska behandlingen. Sjuksköterskan har en viktig roll genom att undervisa och stötta personen genom att hitta strategier för egenvård. När den medicinska grundbehandlingen för hjärtsvikt inte är tillräcklig kan behandling med Simdax<sup>®</sup> bli aktuell. Simdax<sup>®</sup> är ett läkemedel med den aktiva substansen levosimendan som vanligtvis ges som en infusion under 24 timmar och förbättrar hjärtats pumpförmåga. Behandling med Simdax<sup>®</sup> har visat sig minska symtom och mortalitet samt förbättrar hemodynamiken och stärker hjärtats ejektionsfraktion.

Syftet var att beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever sin livskvalitet före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>.

Som metod valdes en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats. Informationen inhämtades via semistrukturerade intervjuer. Totalt åtta intervjuer genomfördes på tre olika sjukhus i mellansverige. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas i sin helhet. Texten analyserades enligt en manifest innehållsanalys, då man ser till det som direkt uttrycks i transkriberingen. Meningsenheter arbetades fram som sedan kondenserades, kodades och sorterades in i fem subkategorier, deltagarnas definition av livskvalitet, längtan efter social samvaro, begränsningar i det dagliga livet, behandlingens betydelse och fysisk aktivitet och ork. Subkategorierna resulterade i två kategorier, upplevd livskvalitet före behandling och livskvalitetens betydelse efter behandling.

De flesta deltagarna upplevde en positiv effekt av att få regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup>. Deltagarna uttryckte att behandlingen med Simdax<sup>®</sup> bidrog till återinläggningarna i sjukvården minskade vilket skapade en trygghet hos dem. Alla deltagare uttryckte att lindring av symtomen bidrog till att de mådde bättre fysiskt samt att de hade ork att utföra vardagsaktiviteter samt umgås med familj och vänner. Simdax<sup>®</sup> behandling som helhet upplevdes ha god effekt och bidrog till ökad livskvalitet.

Regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> upplevdes öka livskvaliteten med minskade symtom kortare sjukhusvistelser och förbättrad ork. Behandlingen av kronisk hjärtsvikt ska i första hand förbättra personens livskvalitet, i enlighet med vårt resultat skulle Simdax<sup>®</sup> behandling kunna ges till fler personer än vad som ges idag.

**Nyckelord:** Livskvalitet, Simdax<sup>®</sup>, kronisk hjärtsvikt, behandling

## **ABSTRACT**

Chronic heart failure is a progressive and severe illness and has symptoms that affect persons quality of life negatively. Deterioration in heart failure entails an increase in mortality and re-hospitalizations. Most common symptoms that occur are dyspnea, tiredness and edema. The goal of the heart failure treatment is to relieve symptoms, improve quality of life, prevent progress, decrease the need for hospital care and prolong/extend survival. The heart failure treatment consists of the non-pharmacological treatment intended to self-care and the pharmacological treatment. The nurse has an important role to play by teach and support the person by finding strategies for self-care. When the pharmacological basic treatment for heart failure is not enough can treatment with Simdax<sup>®</sup> become relevant. Simdax<sup>®</sup> is a drug with the active substance levosimendan as usual is given like an infusion for 24 hours and improves the heart pumping ability. Treatment with Simdax<sup>®</sup> has been found to decrease symptoms and mortality and improves the hemodynamics and strengthens the ejection fraction of the heart

The purpose was to describe how persons with chronic heart failure experiencing their quality of life before and after treatment with Simdax<sup>®</sup>.

As method an empirical interview study was chosen with qualitative approach. The information was obtained by semi structured interviews. A total of eight interviews was performed on three different hospitals in the middle of Sweden. The interviews were recorded to then be transcribed in its entirety. The text was analyzed according to a manifest content analysis, when looking at what is directly expressed in the transcription. Meaningunits were worked out which then condensed, coded and sorted in five subcategories, participants definition of quality of life, the desire for social interaction, limitations in daily life, the importance of the treatment and physical activity and strength.

Most participants experienced a positive effect of getting regular treatments with Simdax<sup>®</sup>. The participants expressed that treatment with Simdax<sup>®</sup> contributed to the re- hospitalizations in health care decreased which created a security for them. All participants expressed that the relief of the symptoms helped them feel better physically and that they had the strength to perform everyday activities and socialize with family and friends. Treatment with Simdax<sup>®</sup> overall experienced having good effect and contributed to increased quality of life.

Regular treatments with Simdax<sup>®</sup> perceived to increase quality of life with reduced symptoms, shorter re- hospitalizations and improved energy. The treatment of chronic heart failure should primarily improve the persons quality of life, in accordance with our results treatment with Simdax could be given to more people than is done today.

**Keywords:** Quality of life, Simdax<sup>®</sup>, chronic heart failure, treatment

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Hjärtsvikt</b> .....	1
<b>Egenvård</b> .....	3
<b>Sjuksköterskans professionella betydelse</b> .....	4
<b>Livskvalitet</b> .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>SYFTE</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
<b>Ansats och design</b> .....	6
<b>Urval</b> .....	7
<b>Datainsamling</b> .....	7
<b>Dataanalys</b> .....	8
<b>Forskningsetiska övervägande</b> .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	15
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
<b>Metoddiskussion</b> .....	17
<b>Slutsats</b> .....	19
<b>Klinisk tillämpbarhet</b> .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	20

**Bilaga A-** Intervjuguide

**Bilaga B-** Brev till verksamhetschef

**Bilaga C-** Brev till deltagare

## BAKGRUND

### Hjärtsvikt

När hjärtats pumpförmåga är nedsatt och inte förmår att tillföra kroppens organ med adekvat mängd blod har man drabbats av hjärtsvikt (Dahlström, 2010). Av Sveriges befolkning uppskattas två till tre procent att lida av en symtomatisk hjärtsvikt och lika många uppskattas ha en latent hjärtsvikt, vilket innebär nedsatt vänsterkammarmfunktion utan någon uppvisan av symtom. Förekomst av hjärtsvikt ökar med åldern och 10–20 procent av befolkningen som är över 80 år uppskattas ha hjärtsvikt. Hjärtsvikt kan uppstå av olika orsaker, där de vanligast förekommande orsakerna är hypertoni och ischemi (Ponikowski, et al., 2016). Symtom på hjärtsvikt är dyspné, trötthet och ödem. Ponikowski et al. (2016) menar att kriterierna för hjärtsvikt baseras på om hjärtats ejektionsfraktion [EF] är nedsatt eller inte. Bevarad EF, det vill säga över 50 procent kallas för heart failure with preserved ejection fraction [HFpEF], lätt nedsatt EF kring 40–49 procent kallas för heart failure with mid-range ejection fraction [HFmrEF] och om man har en nedsatt EF, det vill säga mindre än 40 procent kallas det heart failure with reduced ejection fraction [HFrEF] (Ponikowski et al., 2016).

Hjärtsvikt kan förekomma som akut, kronisk eller kan vara övergående (Mårtensson, 2012; Ponikowski et al., 2016). Den övergående hjärtsvikten är när bakomliggande orsaker upptäckts i ett tidigt skede och kan behandlas så att hjärtat återhämtar sig igen. Symtomen kommer snabbt vid en akut hjärtsvikt och detta kan ske vid nydebuterad hjärtsvikt eller vid en försämring av kronisk hjärtsvikt. Kronisk hjärtsvikt innebär att det inte finns någon botande behandling utan behandling sätts in för att lindra symtomen, förbättra livskvaliteten, förhindra progress, minska behovet av sjukhusvård samt förlänga överlevnaden. Upprepade återinläggningar har kopplats samman till en försämrad prognos för patienten och enligt Ponikowski et al. (2016) avlider över hälften inom fyra år efter det att diagnosen ställts och över hälften av de som har en svår hjärtsvikt avlider inom ett år.

### Bedömning och klassificering av hjärtsvikt

Bedömning av hjärtsvikt görs bland annat genom blodprover, kliniska tecken som ödem, stasade halsvener och rassel på lungorna (Ponikowski, et al., 2016). Röntgenundersökningar och ultraljud är andra undersökningar som kan utföras för att bedöma om patienten utvecklat eller försämrats i sin hjärtsvikt. Bedömningen görs även med hjälp av New York Heart Association [NYHA] som är en subjektiv funktionsklassificering för att ange graden av hjärtsvikt. Hjärtsvikt delas in i fyra olika funktionsklasser där ett grovt mått fås på hur patientens kapacitet i vardagslivet ser ut (Ponikowski et al., 2016).

NYHA klass I innebär nedsatt hjärtfunktion men att patienten inte har några symtom, NYHA klass II innebär lätt hjärtsvikt och patienten upplever andfåddhet och trötthet efter fysisk aktivitet mer än måttlig grad (Ponikowski et al., 2016). NYHA klass III innebär medelsvår hjärtsvikt där andfåddhet och trötthet som symtom uppstår vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Den senare gruppen delas in i NYHA klass IIIa och NYHA klass IIIb. NYHA kas IIIa kan patienten gå mer än 200 meter på planmark och vid NYHA klass IIIb kan patienten gå mindre än 200 meter. NYHA klass IV innebär svår hjärtsvikt och patienten får symtom i form av andfåddhet och trötthet även i vila. Vid minsta aktivitet ökar symtomen och dessa patienter är oftast sängbundna (Ponikowski et al., 2016).

## Behandling av hjärtsvikt

För att på bästa sätt kunna behandla hjärtsvikt måste den bakomliggande orsaken behandlas till varför hjärtsvikten uppstått och om det är möjligt att förebygga utvecklingen av hjärtsvikt (Ponikowski et al., 2016). Behandlingen vill normalisera hjärtats normala funktion som rubbats vid hjärtsvikt, preload, afterload, kontraktilitet och hjärtfrekvensen. Det finns ingen botande behandling vid kronisk hjärtsvikt, behandlingen syftar då till att minska symtom, förbättra livskvalitet, förhindra progress, minska behovet av sjukhusvård samt förlänga överlevnaden.

Behandlingen av hjärtsvikt består både av en farmakologisk och en icke farmakologisk del (Ponikowski et al., 2016). Alla patienter som har hjärtsvikt rekommenderas att ha en grundbehandling med beta-receptorblockare och angiotensinkonverterande enzymhämmare [ACE-hämmare] eller om patienten inte tål ACE-hämmare byts detta ut mot angiotensinreceptorblockare [ARB]. Dessa läkemedel minskar mortaliteten, morbiditeten samt förbättrar patientens livskvalitet. Vid utebliven önskad effekt av dessa läkemedel kan sedan aldostersonantagonister [MRA] läggas till. Diuretika är läkemedel som används som symtomlindring vid hjärtsvikt (Ponikowski et al., 2016). Beroende på den bakomliggande orsaken till hjärtsvikt kan patienten även behöva andra läkemedel som exempelvis digitalis, järninfusion eller nitrater. När grundbehandlingen inte längre räcker till och patienten fortfarande har uttalade symtom och om patienten anses kunna ha effekt av inotropa läkemedel kan Simdax<sup>®</sup> ges (Läkemedelsverket; Simdax<sup>®</sup>, 2016).

Den andra delen i behandlingen vid hjärtsvikt är den icke farmakologiska behandlingen (Ponikowski, et al., 2016). Där ingår egenvård, kirurgiska åtgärder som klaffbyte, hjärtsviktspacemaker, hjärtpump eller hjärttransplantation (Mårtensson, 2012). Livsstilsförändringar är en viktig del i behandling vid hjärtsvikt, där kost, motion, minskad alkoholkonsumtion samt rökstopp påverkar hur hjärtsvikt utvecklar sig (Mårtensson, 2012).

### Simdax<sup>®</sup>

Simdax<sup>®</sup> med den aktiva substansen levosimendan, är ett kalciumsensitiserande läkemedel som vanligtvis ges som infusion under 24 timmar (Pollesello, et al., 1994; Yokoshiki, Katsube, Sunagawa & Sperelakis, 1997), men kan även ges som en infusion under sex timmar (Moiseyev, et al., 2002). Simdax<sup>®</sup> ökar kontraktionskraften i hjärtat samtidigt som den ventrikulära relaxationstiden inte påverkas. Det uppstår även en vasodilatation av blodkärlen, samt att blodstockningen i lungorna minskar vilket underlättar blod- och syretransporten till kroppens organ (Pollesello, et al., 1994; Yokoshiki et al., 1997).

Simdax<sup>®</sup> kan ges till patienter med kronisk hjärtsvikt, vid akut hjärtsvikt eller till patienter som genomgått hjärtkirurgi där det visat sig att Simdax<sup>®</sup> kan aktivera myokardium som efter tidigare ischemi perioder inte fullständigt återhämtat sig (Läkemedelsverket; Simdax<sup>®</sup>, 2016). Simdax<sup>®</sup> har en lång halveringstid och den maximala plasmakoncentrationen uppnås efter 48 timmar efter avslutad behandling. Hur länge de hemodynamiska effekterna sitter i varierar och är individuellt, men kan sitta i upp till två veckor (Lilleberg et al., 2007).

Mavrogeni, et al. (2007) visade i sin studie att patienter med kronisk hjärtsvikt i NYHA-klass III-IV som behandlades med upprepade behandlingar med Simdax<sup>®</sup> hade minskade symtom som trötthet och dyspné samt att mortaliteten minskade jämfört med kontrollgruppen som enbart hade grundbehandlingen.

Patienter som fick Simdax<sup>®</sup> under sex timmar, löpte en lägre risk för död och försämring av sin hjärtsvikt jämfört med placebogruppen (Moiseyev, et al., 2002). De såg även att de patienter som fick en högre dos av Simdax<sup>®</sup> hade en högre förekomst av ischemi, hypotension och takykardi. Follath et al. (2009) jämförde i sin studie hemodynamiken av Simdax<sup>®</sup> mot dobutamin. Gruppen som fick Simdax<sup>®</sup> förbättrades hemodynamiskt i högre grad jämfört med gruppen som fick dobutamin. Däremot kunde ingen signifikant skillnad i förbättring av symtom mellan de olika grupperna påträffas. Ortis et al. (2017) visade i sin studie att patienter som fick regelbunden behandling med Simdax<sup>®</sup> hade samma NYHA- klass vid uppföljning efter ett år medan kontrollgruppen avsevärt hade försämrats i sin NYHA- klass. Det visade sig däremot inte finnas någon skillnad i mortalitet mellan de olika grupperna. Altenberger et al. (2014) visar i sin studie att patienter med kronisk hjärtsvikt som får regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> inte skattade sin livskvalitet bättre än vad placebogruppen gjorde. De visade även att deltagarna som fick Simdax<sup>®</sup> inte förbättrade sina resultat i sex minuters gångtest. Liknande resultat visade Tuomainen et al. (2013) där deltagarna fick tre behandlingar med Simdax<sup>®</sup> med en månads intervall och sedan fick de göra ett ergospiometri prov, en undersökning som visar gasutbytet under belastning av hjärtat. Resultaten visade att deras symtom minskade men de fick inte någon förbättrad prestationsförmåga (Tuomainen et al., 2013).

## Egenvård

World Health Organization [WHO] (2014) definierar egenvård som förmågan hos individer, familjer och samhällen att främja och bibehålla hälsan samt förebygga sjukdom och klara av sjukdomen med eller utan stöd från en vårdgivare. Egenvård vid hjärtsvikt omfattar flera områden som hygien, näring och livsstil. Miljön och socioekonomiska faktorer inverkar hur personer med hjärtsvikt kan utföra egenvård. Egenvård vid hjärtsvikt är att reducera sitt vätskeintag, vilket annars kan försämra hjärtsvikten, att väga sig regelbundet för att observera ofrivillig viktökning, en balanserad kost för att undvika såväl undervikt som övervikt, samt att fysisk aktivitet gynnar patienter med kronisk hjärtsvikt (Lainscak, et al., 2011). Rökstopp, minskat alkoholintag samt följsamhet till medicinering främjar även egenvården hos patienter med hjärtsvikt (Ponikowski, et al., 2016).

Enligt Riegel och Carlson (2002) kan hinder för utförande av egenvård vid hjärtsvikt kategoriseras som besvär av symtom, missförstånd eller brist på kunskap om hur egenvård vid hjärtsvikt ska utföras. Patienterna i studien upplevde svårigheter att hantera hjärtsviktsbehandlingen som exempelvis svårt att hålla sig till kostråden, minimera saltintaget, biverkningar av medicinerna och frekventa toalettbesök. Brist på kunskap om hjärtsvikt komplicerade patienternas förmåga att utföra egenvård och en del hade inte lärt sig att hantera symtomen som uppstod. Övriga patienter berättade om vilka metoder de använde för att ta hand om sig själva som exempelvis tänka på vad de äter, träna och vila och ta sina ordinerade mediciner (Riegel & Carlson 2002).

Attaallah, Klymko och Pratt Hopp (2016) beskriver hur komplexiteten av egenvården hos hjärtsviktpatienter ökar vilket beror på åldersrelaterade faktorer som nedsatt syn, nedsatt hörsel och kognitiv svikt. Andra faktorer som hindrar egenvård är depression och perifer kärlsjukdom. Faktorer som har en positiv effekt på egenvården är personer av manligt kön, antal besök till kardiologen och förmågan att själv utföra uppgifter. Enligt Jaarsmal, Cameron, Riegel och Stromberg (2017) har det framkommit att det finns olika faktorer som påverkar beslut gällande egenvård inklusive kunskap, erfarenhet och kompetens. Trots flertalet interventioner vars syfte är att öka kunskapen hos patienterna har det framkommit att kunskap är nödvändigt men otillräcklig för förändring av egenvårds beteendet.

För att erhålla denna kunskap behöver patienterna kompetens till att planera, sätta upp mål och att fatta beslut. Erfarenhet är en bidragande faktor till utveckling av kunskap om egenvård. Patienterna bör förstå instruktionerna och informationen som är relaterat till deras egenvårds beteende och hälsa. Det framgick att motivation spelade stor roll i egenvården. Fördelarna med egenvård har visat sig minska symtom och öka livskvaliteten. En viktig faktor som påverkar egenvården var tilltron hjärtsviktpatienterna hade för egenvården. Vidare framkom det att stöd från familjemedlemmar och vänner spelade stor roll för patientens engagemang i egenvården (Jaarsmal, et al., 2017).

### **Sjuksköterskans professionella betydelse**

Sjuksköterskans fokus bör vara att hjälpa patienten med strategier för egenvård (Socialstyrelsen, 2018). Att bjuda in både patienten och dess närstående ökar förutsättningarna till en god egenvård. Med en god egenvård kan patienten ha kontroll över sin livssituation och begränsningarna som hjärtsvikt kan leda till kan därmed minskas. Genom att utbilda patienten och dess närstående i sjukdomsförloppet och vilka symtom de kan vara uppmärksamma på minskar känslan av osäkerhet och livskvaliteten ökar (Harkness, Spaling, Currie, Strachan & Clark 2015; Lee, et al., 2014).

Simões da Silva et al. (2016) beskriver i sin studie att hjärtsviktsjuksköterskornas arbetsområde omfattar att medicinering sköts korrekt, att informera patienterna om rekommendationer om kost, och motion, samt att upptäcka om patienten har några andra hälsoproblem. Sjuksköterskans roll är viktig i patientutbildningen och för att främja egenvården. De patienter som får utbildning på sjukhuset innan hemgång har bättre förutsättningar till att utöva egenvård. Det kan vara en stor utmaning för sjuksköterskan att erbjuda vård som optimerar och utvecklar välbefinnandet hos patienter med hjärtsvikt (Mårtensson, 2012). Genom samtal kan förståelsen öka hos patienterna vad det innebär att leva med kronisk sjukdom, hur det påverkar deras liv samt engagera sig för deras välmående och den personliga utvecklingen. Det är svårt för patienterna med kronisk sjukdom att förändra sin livsstil samt ändra sitt beteende och därmed är det viktigt att sjuksköterskan identifierar när och hur patienten bäst kan lyckas med detta (Mårtensson, 2012).

Livsvärldsperspektivet är ett begrepp som innebär att människans subjektiva upplevelser av sin långvariga sjukdom utgör utgångspunkten för vårdandet (Berglund, Andersson och Kjellsdotter, 2017). Det fysiska och psykiska går inte att skilja på utan dessa två ses som en enhet vilka påverkar varandra och påverkas även av varandra. Sjuksköterskan får möjlighet att ta del av patientens livsvärld genom att genuint lyssna på patientens berättelse med en vilja att förstå vad han eller hon berättar. Genom att sjuksköterskan förstår patientens perspektiv och syn på sin situation ges det möjligheter till att förstå patientens förståelseprocess och för att minska risken för att patienten hamnar i en känsla av att han eller hon har förstått för sent. Som sjuksköterska är det viktigt att försöka stödja denna förståelseprocess hos patienten i att leva med långvarig sjukdom. För att patienten ska uppnå god hälsa och välbefinnande är det sjuksköterskans ansvar att stödja patientens förmåga till att uppnå detta. Det är svårt att fullt ut förstå patienter som lever med långvarig sjukdom men genom att behärska den egna förförståelsen genererar detta i att förstå patienten så långt det går (Berglund, et al., 2017).

### **Livskvalitet**

Enligt WHO (1996) definieras livskvalitet som "Quality of life is defined as individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation of their goals, expectations, standards and concerns".



Livskvalitet är ett mångdimensionellt begrepp och är svårt att definiera (Wiklund Gustin & Bergbom, 2017). Hälsa kopplas ofta samman till livskvalitet och det gäller specifikt i betydelsen subjektivt välbefinnande. WHO (1948) definierar hälsa som "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

Carr, Gibson och Robinson (2001) beskriver livskvalitet som klyftan mellan våra egna erfarenheter och de hälsoförväntningar vi har. Uppfattningen om livskvalitet varierar mellan individer beroende på förväntningar, tillstånd och erfarenheter. Upplevelsen av livskvalitet är individuell och kan därmed upplevas olika även om två individer har samma sjukdomshistoria. Livskvalitet påverkas av hälsa, men genom anpassning kan belåtenhet och livskvalitet uppnås oavsett hur en individs förutsättningarna ser ut (Ventegodt, Andersen & Merrick, 2003). Ett smalare begrepp av livskvalitet som fokuserar på personens sjukdomstillstånd kallas hälsorelaterad livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet definieras som ett helhetsmått av patientens sjukdomserfarenheter, upplevelser och funktionella status, som integrerar sociala, kulturella, psykosociala och sjukdomsrelaterade faktorer (Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin, 2000).

Målet för hälso- och sjukvården är hälsa. När hälsan är hotad av sjukdom eller lidande så söker människan vård för att återfå eller behålla en god hälsa. Det är därmed vårdandets främsta uppgift att hjälpa patienter att uppnå en så god hälsa som möjligt. Upplevelsen av hälsa varierar mellan både individer och situationer. Hälsa speglar den totala livssituationen. Det finns en koppling mellan upplevelsen av hälsa och att kunna genomföra vissa aktiviteter och välbefinnande. Människor som är drabbade av en allvarlig sjukdom söker välbefinnande för att trots sin sjukdom kunna uppleva en god hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010).

I samband med sjukdom måste livssituationen omtolkas och omformuleras för att på så sätt kunna förhålla sig och hantera de effekter som sjukdomen medfört (Dahlberg & Segesten, 2010). Genom att hitta strategier för att livet ska fortsätta vara meningsfullt och kännas fullödligt. Forskning har visat att personer som drabbades av kroniska sjukdomar ändrade sina prioriteringar om vad som var viktigt för dem, de fann glädje i de småsakerna och tog tillvara på varje ögonblick. Att leva med en kronisk sjukdom kan i hög grad begränsa det dagliga livet men beroende på hur personen förhåller sig till sjukdomen kan livskraften utvecklas och personen kan finna mening i situationen. För att göra detta måste man kämpa med sjukdomen, inte mot den, och kreativitet ska få övertag över hotet mot livet och känslor av hopplöshet. Genom att kunna ta tillbaka kontroll över sin livssituation och våga lita på sig själv och sin kropp kan en god hälsa upprätthållas även vid kroniska sjukdomar (Dahlberg & Segesten, 2010).

### Att leva med hjärtsvikt

Personer som har hjärtsvikt har en nedsatt livskvalitet, Moser et al. (2013) studerade vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med hjärtsvikt. Andlighet, psykologiska faktorer, ekonomisk status, hälsotillstånd, socialt stöd och hälsorelaterat beteende var faktorer som deltagarna ansåg vara betydelsefullt för livskvaliteten. Personerna förknippade livskvalitet med förmågan att kunna utföra aktiviteter, lycka och relationer.

Patienter med hjärtsvikt har symtom som påverkar dem både psykiskt, fysiskt och emotionellt. Symtom som kan hämma patientens dagliga liv och därmed påverka livskvaliteten hos dessa individer. Deltagarna i studien uppgav att livskvaliteten påverkas av deras upplevda hälsostatus, såväl som psykiska-, ekonomiska- och sociala faktorer.

Majoriteten upplevde att de hade en god till mycket god livskvalitet medan några upplevde en lägre livskvalitet relaterat till att deras dagliga liv blev begränsade. De som skattade sin livskvalitet som god eller mycket god ansåg att de kunde bevara livskvaliteten genom att ha en positiv syn, ta sina läkemedel, äta en saltreducerad kost, regelbunden motion, viktkontroller och hålla koll på sina symtom (Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009).

I en annan studie av Pattenden, Roberts och Lewin (2007) som beskrev personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt, definierades livskvalitet som hur livet upplevs och hur det speglar sig i hälsa, sjukdom och mål. Hur symtomen av hjärtsvikt hade en negativ inverkan fysiskt, psykologiskt och socialt på livskvaliteten. Den negativa inverkan på livskvaliteten för personerna i studien påverkades av symtom som trötthet, dyspné eller ödem. De upplevde att de fick avstå från saker som de tidigare hade klarat av, samt att även de enklaste dagliga aktiviteterna blev svåra att utföra. Om personerna med hjärtsvikt får hjälp till coping med sina symtom så kan den upplevda försämrade livskvaliteten minska hos såväl personen som deras närstående. Det är enligt Socialstyrelsen (2018) viktigt att både personen med hjärtsvikt får adekvat information om hjärtsvikt och förloppet av sjukdomen för att kunna främja egenvård. Uppföljning av hjärtsviktpatienter är av stor vikt och ofta sker det på specialiserade hjärtsviktsmottagningar.

## **Problemformulering**

Hjärtsvikt är en folksjukdom och två till tre procent av befolkningen i Sverige har sjukdomen. Incidensen av hjärtsvikt ökar hela tiden och det är en av de vanligaste anledningarna till inläggning på sjukhus. Att leva med kronisk hjärtsvikt påverkar livskvaliteten med svåra symtom som dyspné, orkeslöshet och svullnad i kroppen, samt många återinläggningar på sjukhus. Stöd från sjuksköterskan ökar förmågan till de individer som har hjärtsvikt att utöva egenvård och ger en ökad livskvalitet. Återinläggningarna är vanliga hos denna patientgrupp trots en adekvat grundbehandling. När grundbehandlingen inte längre räcker till kan behandling med läkemedlet Simdax<sup>®</sup> bli aktuell. En behandling som ges under 24 timmar som ska stärka hjärtmuskeln. Detta leder till minskade symtom och färre återinläggningar på sjukhus. Forskning kring hur patientens livskvalitet påverkas av behandlingen är mycket begränsad. Att undersöka hur livskvaliteten påverkas skulle kunna medföra att fler patienter kan få denna behandling och därmed minska symtom och återinläggning för dessa patienter.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever sin livskvalitet före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>.

## **METOD**

### **Ansats och design**

Metoden som valdes innebar en kvalitativ metod med induktiv ansats där insamling av empiriska data genomfördes genom intervjuer med öppna frågor för att undersöka ett fenomen, livskvaliteten före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>. En induktiv kvalitativ ansats skapar möjligheter att få en ökad förståelse för en persons känslor, åsikter, erfarenheter och upplevelser (Kvale & Brinkman, 2014; Polit & Beck, 2017). Studier med kvalitativ metod består ofta av ett mindre antal deltagare och går ofta ner på djupet av kärnan.

Den induktiva ansatsen menas att genom observation eller insamlade data försöker förklara eller definiera fenomen (Kvale & Brinkman, 2014). En semistrukturerad intervjustudie med öppna frågor användes för att undersöka hur personer med kronisk hjärtsvikt upplevde sin livskvalitet före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>. Att använda sig av öppna frågor ges möjlighet för personerna att få uttrycka sina upplevelser med egna ord (Polit & Beck, 2017).

## **Urval**

Urvalet skedde utifrån ett strategiskt bekvämlighetsurval som enligt Polit och Beck (2017) är kostnads- och tidseffektivt, samt att deltagare väljs ut som passar till studiens syfte. I ett självständigt arbete är det lämpligt att ha fem till tio intervjuer enligt riktlinjer från Sophiahemmet högskola (2018). Tio personer med kronisk hjärtsvikt som fått behandling med Simdax<sup>®</sup> vid minst två planerade tillfällen fick förfrågan om att delta i studien. Deltagarna skulle ha minst två behandlingar för att de lättare skulle kunna bedöma effekten av läkemedlets verkan. Av dessa tio personer som tillfrågades valde två senare att avstå från att delta på grund av tidsbrist och ohälsa. Deltagarna kom från tre större sjukhus i mellansverige, dessa sjukhus valdes ut eftersom de låg nära tillhands, samt att de hade väl utarbetade rutiner kring hur dessa patienter togs om hand. Deltagarna valdes ut med hjälp av sjuksköterskor från respektive sjukhus utifrån nedanstående kriterier. Inklusionskriterierna för studien var, män och kvinnor över 18 år med kronisk hjärtsvikt som har fått minst två planerade behandlingar med Simdax<sup>®</sup>. Behandlingarna skulle ha skett under 24 timmar alternativt att hela den ordinerade dosen hade administrerats. Exklusionskriterier för studien var personer som inte talar eller förstår det svenska språket samt personer med kognitiv svikt, detta för att intervjupersonerna ska förstå studiens syfte och metoden för genomförandet och för att ingenting ska missförstås. Exklusionskriterier valdes för att få ett konkret resultat som svarade på studiens syfte vilket Polit och Beck (2017) föreslår.

## **Datainsamling**

### Kontakt

Verksamhetscheferna på kardiologen på fyra sjukhus som bedrev regelbunden behandling med läkemedlet Simdax<sup>®</sup> till personer med kronisk hjärtsvikt kontaktades först via telefon med förfrågan om att få genomföra en studie, därefter skickades mail med skriftlig information om studiens upplägg och syfte (Bilaga A). De fyra sjukhusen valdes ut då de låg geografiskt nära, samt att författarna visste att de hade välutarbetade rutiner kring regelbundna behandling med Simdax<sup>®</sup>. Författarna fick godkännande att utföra studien på tre av de fyra tillfrågade avdelningarna. Verksamhetscheferna vidarebefordrade sedan kontaktuppgifter till chefssjuksköterskan på respektive avdelning. Ett möte med chefssjuksköterskan på de olika avdelningarna bokades in. Vid besöket gick författarna igenom upplägget med chefssjuksköterskan som fick möjlighet att ställa frågor angående studien. Därefter presenterades upplägget för de sjuksköterskor som hade ansvar för denna patientgrupp.

I samband med presentationen av studien på avdelningen såg de ansvariga sjuksköterskorna över bokningskalendern när potentiella deltagare skulle komma in för behandling. Sjuksköterskor på valda avdelningar hjälpte till att inkludera personer till studien som uppfyllde inklusionskriterierna. Vidare kom författarna och sjuksköterskorna på de respektive avdelningarna överens om att sjuksköterskorna skulle lämna informationsbrev (Bilaga B) som innehöll kort information om sjukdomen hjärtsvikt, om studiens syfte och hur och när intervjun skulle genomföras. Sjuksköterskorna på avdelningen gav muntlig information angående studiens syfte och att deltagandet var frivilligt.

När en potentiell deltagaren anlät till avdelningen tillfrågades denne om intresse för att delta i studien. Personerna blev ombedda att skriva på samtycke om de ville medverka i studien och sjuksköterskan samlade sedan in det påskrivna samtycket. Författarna hörde av sig via telefon till sjuksköterskan senare samma dag personerna anlät, för att vet om personen inkluderats eller inte. Personen erhöll därefter Simdax<sup>®</sup> enligt avdelningens rutiner och intervjun genomfördes sedan samma dag eller på utskrivningsdagen, vilket medförde att personerna inte behövde avsätta annan tid för en intervju.

### Intervjuguide

Insamlingen av empirisk data har skett genom en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (Bilaga A). Intervjuguiden framtofs av båda författarna där frågor formulerades för att svara på studiens syfte. Den semistrukturerade intervjun innebär att intervjupersonerna själva får beskriva sin levda värld och därefter tolkas innebörden av de fenomen som beskrivits (Kvale & Brinkmann, 2014).

### Pilotintervju

En pilotintervju gjordes för att validera att intervjuguidens frågor svarade till studiens syfte. Genom att validera stärks trovärdigheten i arbetet. Denna pilotintervju uppfyllde samtliga urvalskriterier och inkluderades sedan in i resultatet, inga ändringar gjordes i intervjuguiden då frågorna svarade på syftet. Genom att göra en pilotintervju uppmärksammas eventuella svagheter i intervjuguiden, detta ger möjlighet till att göra ändringar för att intervjun ska svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2017).

### Intervjuernas genomförande

När deltagarna hade inkluderats hölls intervjuerna samma dag eller dagen efter behandling. Samtliga intervjuer genomfördes under januari och februari 2019. Författarna turades om att genomföra intervjuerna. Samtliga intervjuer genomfördes med en av författarna i ett avskilt rum på vardera sjukhus. Att vistas i en lugn och tyst miljö under intervjuer är en förutsättning så deltagaren kan berätta sina upplevelser utan risk för avbrott (Polit & Beck, 2017). Författaren började med att presentera studiens syfte vilket gav möjlighet till deltagaren att ställa frågor innan inspelningen av intervjun påbörjades. Intervjuerna spelades in på en mobiltelefon som endast författarna hade tillgång till. Kvaliteten av inspelningsinstrumentet och användbarheten av intervjuguiden kontrollerades innan intervjuerna utfördes. Genom att spela in intervjuer så bidrar det till en ordagrann återgivning för att undvika den filtrering som uppstår om man istället skulle anteckna under intervjun (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Intervjuerna varade mellan 5-32 minuter. Materialet hanteras i enlighet med konfidentialitetskravet (Codex, 2018). Det insamlade materialet raderades när arbetet var godkänt vid examination.

### **Dataanalys**

Intervjuerna spelas in för att därefter transkriberas i sin helhet, med uttryck och pauser för att inte gå miste om viktiga delar i materialet. Den som utförde intervjun transkriberade materialet samma dag som intervjun ägde rum. För att säkerhetsställa att materialet var korrekt transkriberat lyssnades materialet igenom flertalet gånger av båda författarna. Författarna läste därefter var för sig igenom det transkriberade materialet flera gånger för att få en helhetsbild (Polit & Beck, 2017). Materialet bearbetades enligt en manifest innehållsanalys.

Manifest innehållsanalys innebär att man ser till det som direkt uttryckts i transkribatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna tog fram meningsenheter var för sig ur transkriberingarna som ansågs vara betydelsefulla samt kunde besvara studiens syfte.

Meningsenheter innebär meningar av texten, ord eller stycken som är relevanta utifrån studiens syfte och för att kunna organisera samt analysera texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Då en text kan tolkas olika beroende på vem det är som läser den så gjordes en jämförelse av de olika meningsenheterna som författarna hade tagit fram från transkriberingen. Detta för att författarna ville försäkra sig om att texten tolkats på samma sätt samt att inte missa relevanta delar. Meningsenheterna kondenserades vilket innebär att texten förkortas ner men kärnan bevaras, därefter identifierades skillnader och likheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). De kondenserade meningsenheterna som hörde ihop kodades och färgglades i samma färg och sorterades sedan in i fem subkategorier, deltagarnas definition av livskvalitet, längtan efter social samvaro, begränsningar i det dagliga livet, behandlingens betydelse och fysisk aktivitet och ork (tabell 1). Subkategorierna resulterade i två kategorier, upplevd livskvalitet före behandling och livskvalitetens betydelse efter behandling. En kategori skapas av koder som omfattas av samma innebörd. Kategorierna är mer övergripande och tolkande medan underkategorierna är mer specificerade till ämnet (Lundman & Graneheim Hällgren 2012).

**Tabell 1.** Exempel på analysprocess

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
.. jag märker ju då sista veckan kan man väl säga att jag blir mer irriterad i halsen, får mer hosta, slemmbildning blir lättare trött...men ja det smyger sig på, på nåt vis den sista perioden.	Blir trött. Smyger sig på sista perioden	Försämring av symtom	Begränsningar i det dagliga livet	Upplevd livskvalitet före behandling
Jag åkte direkt här ifrån och hämtade bilen och åkte ner och ja jag tog min lilla dramaten och knallade in och handlade, allt i ett ryckande sammanhang. In på apoteket, in på bolaget... och det tog inte emot alltså...	Åkte och handlade tog inte emot	Ork	Fysisk aktivitet och ork	Livskvalitetens betydelse efter behandling

### Forskningsetiska övervägande

Ett godkännande att utföra studien införskaffades av Sophiahemmets högskolas etiska råd med diarienummer 20181214/1402. Ett godkännande från etikprövningsnämnden ansågs inte krävas då författarna fick hjälp med rekrytering av deltagare till studien och därmed inte behövt hantera några personuppgifter, samt att det i dagsläget enligt 2§ i SFS 2003:460 finns ett undantag för arbeten som görs på högskoleutbildning på avancerad nivå.

Enligt Vetenskapsrådet (2018) är forskning nödvändigt och viktigt för individens och samhällets utveckling. Det finns krav från samhället och samhällets medlemmar att forskning bedrivs och att den har hög kvalitet. Studien genomfördes i enlighet med Vetenskapsrådet (2018) fyra grundläggande forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Att informera, respektera och värna om patientens integritet är en av grundprinciperna i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) vilket författarna tog hänsyn till under arbetets gång.

För att uppfylla dessa fyra huvudkrav informerades verksamhetschef på respektive avdelning, samt deltagarna i studien både muntligt och skriftligt (Bilaga B; Bilaga C). Författarna förklarade vad studien handlade om och att deras medverkan var avidentifierad. Deltagarna informerades om att medverkan var frivillig och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande. Uppgifter om deltagarnas identitet antecknades, lagrades och avidentifierades så att de inte kunde identifieras av utomstående. Deltagarna informerades om att intervjuerna spelades in och att de endast användes till studien. Det inspelade materialet transkriberades och avidentifierades samt förvarades på ett säkert sätt i enlighet med konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2018).

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån två kategorier: Upplevd livskvalitet före behandling och behandlingens betydelse för livskvaliteten och vidare utifrån fem underliggande subkategorier (tabell 2).

**Tabell 2.** Bildade kategorier

Kategorier	Subkategorier
Upplevd livskvalitet före behandling	Deltagarnas definition av livskvalitet Längtan efter social samvaro Begränsningar i det dagliga livet
Behandlingens betydelse för livskvaliteten	Fysisk aktivitet och ork Behandlingens betydelse

Åtta intervjuer genomfördes, sex utav dessa var män och två var kvinnor. Deltagarna var mellan 66-94 år gamla. Kunskapen om hur länge de haft sin hjärtsvikt var varierande. Tre av deltagarna visste inte hur länge de haft sin hjärtsviktsdiagnos men beskriver hur det började med att de drabbades av förmaksflimmer. Deltagarna som visste hur länge de haft sin hjärtsvikt hade haft hjärtsviktsdiagnos mellan två till tjugo år. Alla deltagarna kom in regelbundet för att få behandlingar med Simdax<sup>®</sup> antalet behandlingar med Simdax<sup>®</sup> innan intervjun genomfördes låg mellan fyra till närmare hundra gånger.

### Upplevd livskvalitet före behandling

#### Deltagarnas definition av livskvalitet

Livskvalitet beskrevs av hälften av deltagarna som att orka göra vardagliga saker, exempelvis som att orka göra hushållsarbete eller hjälpa till med att skotta uppfarten utan att må dåligt av att göra det beskrevs leda till en ökad livskvalitet. Enstaka deltagare lyfte fram att livskvalitet för dem var deras familj och andra nära och kära.

Att orka och kunna umgås med familjen och vänner betydde mycket och beskrevs för dessa vara det allra viktigaste för att uppnå en god livskvalitet. För andra var livskvalitet att kunna göra det man ville. De beskrev att livskvalitet för dem var att kunna fortsätta det liv man hade och känna sig tillfredsställd med det. Majoriteten av deltagarna upplevde att livskvalitet var att fortsätta att vara aktiv. En deltagare berättar att svårigheterna för honom var att huvudet ville mer än vad kroppen orkade, medan en annan deltagare berättade hur han tidigare i livet varit mycket aktiv och spelat mycket golf men att han inte längre orkade göra detta. Livskvaliteten minskade i och med att han försämrades i hjärtsvikten och orken minskade. För några av deltagarna var det viktigt att kunna klara sig själv, de berättade att livskvaliteten upprätthölls när de kände att de kunde klara sig själva. En deltagare berättade att livskvaliteten minskade när han inte längre kände att han kunde klara sig själv, han orkade inte längre gå ner till tvättstugan för att tvätta. För honom var självständighet viktigt för livskvaliteten så han köpte en tvättmaskin för att slippa gå ner till tvättstugan så trots att han upplevde detta som en försämring av hans sjukdom så kunde han fortsätta vara självständig och det kunde förbättra hans livskvalitet.

Majoriteten av deltagarna uppgav sig ha en god livskvalitet. Deltagarna som inte upplevde sig ha en god livskvalitet berättar att det var den nedsatta orken som var anledningen till att de inte upplevde någon livskvalitet. En deltagare var hoppfull att livskvaliteten skulle öka i och med en högre dos av Simdax<sup>®</sup> medan en annan upplevde att hon inte mådde så bra som hon önskade.

#### Längtan efter social samvaro

En deltagare berättade att livskvaliteten minskade när han inte längre kunde spela golf eller vara ute och motionera. Samma deltagare berättade att livskvaliteten försämrades och försvårades då han blev begränsad på grund av sjukdomen att göra sådant som tidigare hade betytt mycket för honom. Därefter beskrev han att livskvalitet för honom nu är de små sakerna, att ha daglig kontakt med sin bror genom att spela Wordfeud eller att kunna sitta på verandan vid sommarstugan och se när broderns barnbarn leker.

Hälften av deltagarna uttryckte att de hade ett stort stöd från anhöriga. En deltagare berättade att hon inte längre orkade göra alla vardagssysslor som hon tidigare orkat med, så hennes man fick nu hjälpa till mer i hemmet. Hon berättade hur hon gärna hade orkat göra mer saker, att hon gärna skulle orka vara uppe senare på kvällarna och se lite fler program på teven, men att hon var glad över att hon hade sin man. ”som tur är har jag min man... vi har varit gifta så länge... så han förstår väl det då och står ut med det”. En annan deltagare berättade hur hans hustru fått göra mer i hemmet, att det är hon som får skotta eftersom han inte längre orkade göra detta.

Majoriteten av deltagarna uttryckte en generell försämring i sitt mående innan den nästkommande planerade behandlingen med Simdax<sup>®</sup>. En deltagare uttryckte att när effekten gick ur så fungerade han helt enkelt inte längre som människa, att kroppen sa ifrån. Alla deltagare upplevde att orken minskade eller försvann helt en tid före nästa behandling. En deltagare beskrev det som att hon blev helt orkeslös, att hon inte orkade göra någonting alls och hur allt kändes meningslöst när man inte orkade göra någonting. Hon berättade hur hon behövde stanna flera gånger på en sträcka som hon annars orkade gå hela i ett svep. Flera deltagare beskrev hur andra symtom på hjärtsvikten, förutom den nedsatta orken blev mer påtagliga när effekten av Simdax<sup>®</sup> började gå ur kroppen.

En deltagare berättade att han kunde svullna och känna spänningar i fötterna och en annan berättade hur han en period innan Simdax® behandlingen kunde samla på sig stora mängder med vätska, upp till 15 kilo över en helg. En deltagare berättade hur han upplevde sig få mer hosta och slembildning strax innan det var dags att komma in för nästa behandling av Simdax®.

*...jag märker ju då sista veckan kan man väl säga att jag blir mer irriterad i halsen, får mer hosta, slembildning blir lättare trött. Det känner jag av, men ja det smyger sig på, på nåt vis den sista perioden.*

### Begränsningar i det dagliga livet

En av deltagarna berättade att veckan eller dagarna innan han skulle komma in för en ny behandling tvingades han ta allt i ett lugnare tempo. Att han brukade vila en timme på eftermiddagen för att på så sätt orka med hela dagen. En annan deltagare berättade att även han portionerade ut dagens aktiviteter, för att kunna vila och ta igen sig mellan. Detta för att orka med de dagliga aktiviteterna.

Majoriteten av deltagarna berättade om hur de vardagliga sysslorna blev svårare att utföra, som att gå och handla, skotta snö, bädda sängen, tvätta, laga mat eller utföra sina fysiska aktiviteter. Det blev en kraftig ansträngning och begränsade deltagarna i deras dagliga liv. En deltagare berättade att han behövde stanna för att hämta andan flera gånger när han skulle ner till affären för att handla ”när jag är som sämst...då flåsar jag in på Ica så måste jag sätta mig ner...och hämta andan innan jag kan fortsätta handla”. En annan deltagare berättade att han gärna ville göra mer, att energin till att göra saker fanns men att orken satte stopp för det.

En deltagare berättade hur det dagliga livet blev begränsat då han inte längre orkade ta sig ner till tvättstugan för att tvätta. För honom betydde självständighet mycket och han ville klara sig själv. Genom att han införskaffade en tvättmaskin så kunde han tvätta i lägenheten och på så sätt behålla sin autonomi. En annan berättade att han inte hade någon ork innan behandlingarna med Simdax®. Detta ledde till att han inte fick någon lust att göra något alls. Vidare berättade han att när orken är nedsatt så blir promenaderna med hunden allt kortare, ”när verkan har gått ut så går jag så mycket så hunden får gjort det som den behöver göra.” Samma deltagare berättade att han gick omvägar för att undvika uppforsbackarna som annars tog all energi från honom.

En annan deltagare berättade att han tidigare varit mycket händig men att han med den nedsatta orken inte klarade av detta längre. Han berättade hur gräsklippningen blev en stor utmaning, att han behövde vila flera gånger innan gräsmattan var färdig klippt. Något som han upplevde som en sorg var att han tvivlade på att han inte skulle orka ta hand om sitt sommarställe.

### **Behandlingens betydelse för livskvaliteten**

#### Fysisk aktivitet och ork

Flertalet av deltagarna beskrev hur de försökte hålla igång med träningen. Träningen medförde att det sociala umgänget fortsatte, de träffade både familj och vänner med träningen. En deltagare berättade hur han fick stöd av en närstående genom att få olika träningstips för hur han på bästa sätt skulle kunna bibehålla sin fysiska funktion och göra så mycket som han orkade. En annan deltagare berättade att han spelade mycket golf och efter behandlingen med Simdax® upplevde han en klar förbättring av både prestation och ork.



Han berättade att även hans vänner märkte av om han fått sin behandling med Simdax® eller inte. Samma deltagare berättade hur han kunnat åka på träningsresor tack vare behandlingarna med Simdax® samt att han hade en resa inplanerad inom kort. En deltagare berättade att hon rörde på sig mer och försökte hålla igång med vattengymnastik. En annan berättade att han orkade motionera mer genom att vara ute och gå.

En deltagare berättade om ett tillfälle när han blev utskrivna från sjukhuset efter Simdax® behandling, han satte sig i bilen och åkte ut för att handla. Han berättade hur han orkade gå runt i affären och handla utan att behöva stanna upp och utan att bli trött. En annan deltagare berättade att livet blev mycket lättare när man orkar och att han upplevde en förbättring i sitt mående. Ett fåtal deltagare upplevde att de orkade mer under dagen efter behandling med Simdax®, men att tröttheten gjorde sig påmind under kvällstid och hade en önskan om att orka mer än vad de gjorde. Enstaka deltagare upplevde en ökad förbättring när de för första gången startade med behandlingen och att de nu upplever Simdax® som mindre effektivt ”... men jag har ju fått det här ett antal gånger och allteftersom hjärtat blir sämre, svikten blir värre så hjälper Simdax® mindre.”

Majoriteten av deltagarna beskrev att de hade mycket mer energi efter de fått Simdax® och upplevde sig ha en bättre livskvalitet efter behandlingen. En deltagare berättade också att han upplevde att han fått livet tillbaka efter han gått på regelbundna Simdax® behandlingar. En annan deltagare berättade att han efter behandlingen orkade ta allt längre promenader med hunden, att han kunde vara ute och gå en längre tid. En annan berättar hur hon efter behandlingen orkade gå i uppforsbackar utan att behöva stanna flera gånger som hon behövt när hennes ork varit som sämst. En deltagare berättade hur han inte orkade gå ut till dagrummet på avdelningen, avståndet var cirka 20 meter när han kom in till sjukhuset. Efter ett tag med Simdax® upplevde deltagaren att orken kom tillbaka och han kunde gå dessa 20 meter utan att behöva stanna eller att bli trött.

### Behandlingens betydelse

Alla deltagare berättade om att de någon gång upplevt en klar förbättring efter behandling med Simdax®. En av deltagarna hade endast haft effekt efter första behandlingstillfället. Orken hade varit densamma för denna deltagare innan som efter behandlingen vid de övriga behandlingstillfällena. Deltagarna beskrev att effekten av Simdax® kom efter någon dag och att den satt i mellan en till två veckor innan de upplevde att effekten började plana ut och orken successivt minskade. Alla deltagarna beskrev det som att det framför allt var orken som påverkades och blev till det bättre. En deltagare berättade hur han upplevde att han blev mer kreativ och hur han tog för sig mer efter att han får sina regelbundna behandlingar med Simdax®. Deltagarna upplevde att energin hade kommit tillbaka och detta kan exemplifieras med att de kunde gå i motlut utan att behöva stanna samt gå upp och ner för trappor utan att behöva bli trött. Vidare beskrev dem att de kan gå längre sträckor utan att behöva stanna som de gjort tidigare. Ökad ork har medfört att utförande av vardagssysslor som exempelvis gå ut och handla samt att gå ut med hunden inte var lika jobbigt efter behandling. En deltagare upplevde att han blev av med sina symtom och fick tillbaka sin energi efter några dagar.”... hostan försvinner ju slemansamlingen försvinner... orken blir bättre det känner man faktiskt efter ett par dagar man blir lite mer uthållig... det känns att det går lättare i vardagen”. Flertalet deltagare upplevde att de fick stöd av sjuksköterskan. Deltagarna uppgav att de blev väl omhändertagna både när de var inlagda på sjukhuset men även efter hemkomsten. Flera deltagare berättade att de fått mycket stöd från sjuksköterskan genom att hon ringt upp några dagar efter behandlingen av Simdax® för att höra hur de mådde. Detta upplevdes som en trygghet och att man var väl omhändertagen.

*Nä men alltså det var ju NN ringde till mig, ringde en fredagskväll. Jäkla ambitiöst tycker jag. Hon hörde sig för hur det var och vi pratade både hit och dit. Det var trevligt. Nä, jag tycker man blir väldigt väl omhändertagen...*

En deltagare berättade att hon alltid träffade olika sjuksköterskor och att det inte blev någon kontinuitet i mötet när hon kom in för att få Simdax<sup>®</sup>. De övriga deltagarna upplevde att stödet var bra från sjuksköterskan, en uttryckte även att ”det kan inte bli bättre”. Flertalet deltagare upplevde att de var väl informerade om Simdax<sup>®</sup> och kände sig trygga med den information som de fått. Deltagarna berättade att de fått den huvudsakliga informationen av läkare men att de även fått viss information av sjuksköterska. ”... det är klart att sjuksköterskan gjorde det också men det huvudsakliga var det läkaren som gjorde det”. En deltagare upplevde att det var rörigt på avdelningen och att det inte blev någon helhet men att hon fått viss information gällande på vad hon ska tänka på de första timmarna, att hon skulle ligga i sängen för att se hur Simdax<sup>®</sup> påverkade henne. En annan uppgav att sjuksköterskorna arbetade på rutin. En deltagare berättade att överläkaren hade gått igenom all information med honom och att han själv hade letat reda på information via nätet, läst broschyrer och att han idag inte får någon mer information eftersom han ansåg att han kan alltihopa. ” Idag får jag ingen information, jag kan alltihopa... det finns ju broschyrer och jag har läst dem allihopa... har gått in på nätet och tittat också ”. Det var inte någon av deltagarna som uttryckte att hade önskat sig få mer information om läkemedlet och dess effekter. Flertalet av deltagarna berättade hur de hade önskat att inte hade behövt komma in till sjukhus en gång i månaden men att de trots upplevde detta som en fördel då de slapp komma in och ligga en längre tid på sjukhus.

Majoriteten av deltagarna upplevde att Simdax<sup>®</sup> hade haft god effekt och att det har bidragit till deras välmående jämfört med tidigare. Deltagarna beskrev hur Simdax<sup>®</sup> gett dem tillbaka både orken och lusten till att göra både vardagssysslor och uppmuntran till fysisk aktivitet och umgänge. Alla deltagare uttryckte att de är tacksamma över att ha stött på läkemedlet. Deltagaren som endast upplevt en förbättring av livskvalitet vid en behandling, upplevde sig tacksam för att fortsätta behandlingarna då han hade en förhoppning om att trots att han inte kände effekten som vid det första behandlingstillfället så hoppades han att det trots detta skulle ha en positiv effekt på kroppen. En deltagare uppgav att han blev bättre på kort tid efter att läkemedlet blivit insatt. Utan Simdax<sup>®</sup> hade de inte kunnat göra saker det gjorde innan som exempelvis att resa. ”Jag var i Turkiet i höstas... det var tack vare det här”. En annan deltagare liknar känslan med att om läkarna skulle fatta beslutet att han inte längre skulle få sina Simdax<sup>®</sup> behandlingar skulle kännas värre än när man tog beslutet med att hjärt- och lungräddning inte skulle vara till hans fördel vid ett hjärtstopp.

*... jag vet inte vad jag skulle göra om jag inte hade det här, då skulle jag inte klara mig, då hade jag suttit hemma och tagit hjälp av andra och jag vill ju klara mig själv och allting det gör jag fortfarande och kommer göra det när livet kommer ända.*

Deltagarna berättade hur Simdax<sup>®</sup> har påverkat deras blodtryck. En deltagare berättade hur han har fått avstå blodtryckssänkande läkemedel de dagar som han kom in för att få behandling med Simdax<sup>®</sup>. Innan dessa sattes ut upplevde han kraftiga blodtrycksfall och att hans ork blev nedsatt i och med att blodtrycket var så lågt. En annan deltagare berättade hur han vid det senaste behandlingstillfället kände kraftig yrsel under pågående behandling och fick gå tillbaka till sängen och lägga sig för att vila en stund så blodtrycket kunde hämta sig.

Alla deltagare var överens om att de ville fortsätta behandling med Simdax<sup>®</sup> då alla utom en upplevde en markant effekt på livskvaliteten samt en förhoppning till att de skulle må bättre.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

En ökad livskvalitet som deltagarna upplevde med regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> har även visat sig i Parissis et. al (2007) studie där patienter med kronisk hjärtsvikt som fick regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> upplevde en ökad livskvalitet och lägre emotionell stress. Alla deltagare var eniga om att förbättringen innebar en ökad ork, att det blev lättare att utföra vardagsaktiviteter, fysisk aktivitet, samt att det gav dem en förbättrad livskvalitet.

Kronisk hjärtsvikt leder till ökade sjukhusinläggningar då försämring i hjärtsvikten orsakar symtom som dyspné och ödem (Ponikowski et al., 2016). Regelbunden behandling med Simdax<sup>®</sup> visade sig i Ortis et al. (2017) studie att de som fick behandlingen stannade kvar i samma NYHA-klass jämfört med de som inte fick Simdax<sup>®</sup>, vilket skulle kunna stärkas med deltagarna i vår studie som inte behövde läggas in med en akut försämring av sin hjärtsvikt. Genom att deltagarna kom in regelbundet för att få sin behandling med Simdax<sup>®</sup> så minskade deras återinläggningar vilket även är ett mål vid behandling av hjärtsvikt (Ponikowski, et al., 2016).

Deltagarna beskrev livskvalitet som att orka göra vardagliga saker, så som hushållsarbete och vardagliga aktiviteter utan att må dåligt av det. Andra beskrev livskvalitet som att få umgås med vänner och familj. Livskvaliteten kan vara olik från person till person trots att man har samma sjukdomshistoria (Carr, et al., 2001). Livskvalitet påverkas av hälsa men vad som ökar en persons livskvalitet kan ändras i och med att man drabbas av sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010; Ventegodt, et al., 2003). Trots kronisk sjukdom kan en god livskvalitet upprätthållas (Dahlberg & Segesten, 2010). Flera av deltagarna berättar hur livskvaliteten försämrades i och med att de fick sin sjukdom. Att synen på vad som är livskvalitet har ändrats då de drabbats av hjärtsvikt och att de inte längre orkar göra saker som de tidigare orkat med. En beskrev hur han tidigare varit mycket aktiv och att livskvalitet för honom var att utföra aktiviteterna och umgås med familj och vänner men nu när orken är nedsatt och han inte längre orkar med detta så är livskvalitet att sitta på sitt landställe och se hans brorsbarn leka på gräsmattan. När man drabbas av en kronisk sjukdom så omvärderar man det som anses vara viktigt i livet och man gläds mer åt småsaker än åt materiella ting (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) så skulle det kunna vara så att han har omvärderat vad livskvalitet är då att han blivit begränsad av sin kroniska sjukdom. På detta sätt kan han upprätthålla en god livskvalitet.

Att en generell försämring av måendet innan den nästkommande behandlingen med Simdax<sup>®</sup> var återkommande i vårt resultat. Vilket stöds av Lilleberg et al. (2007) som menar att effekten av Simdax<sup>®</sup> är individuell och sitter i under ett par veckor. Flera studier (Altenberger, et al., 2014; Mavrogeni et al., 2007; Tuomainen et al., 2013) visar att regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> minskar symtom av hjärtsvikt, samt att tröttheten och dyspné hos deltagarna avtog. Detta bekräftar deltagarna i vår studie, att de upplevde att regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> gav en ökad ork och minskade symtom.

Att regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> skulle öka prestationsförmågan har däremot inte påvisats i studierna av Altenberger et al. (2014) och Tuomainen et al. (2013) vilket motsäger sig resultatet från vår studie där deltagarna beskriver hur de orkar gå längre utan att behöva stanna och de presterade bättre i fysik aktivitet.

Att det dagliga livet blir begränsat på grund av hjärtsvikten kom fram i intervjuerna, man har sett att personer med kronisk hjärtsvikt har en lägre livskvalitet än andra personer (Heo et. al., 2009; Moser et. al., 2013; Pattenden et. al., 2007). Det är framförallt symtomen av hjärtsvikten som har en negativ inverkan på livskvaliteten, vilket även deltagarna i vår studie uppger vara det som påverkar livskvaliteten negativt.

Som sjuksköterska så är det viktigt att uppmuntra patienterna till egenvård (Simões da Silva et al., 2016; Riegel & Carlson, 2002). Genom regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> får deltagarna mer ork vilket skulle kunna leda till att möjligheterna till utförande av egenvård blir större och därmed öka välbefinnandet hos dessa personer. Genom att deltagarna regelbundet kommer in för behandlingar och flera av dem upplever att de får stöd både via telefonsamtal från sjuksköterskor och när de kommer in till sjukhuset bidrar det till en trygghet. Det är viktigt att sjuksköterskan stödjer patienten till hur denne ska uppnå hälsa och välbefinnande i sin kroniska sjukdom (Berglund et al., 2017). Genom att sjuksköterskan är lyhörd och tar del av patientens berättelse skapar detta en trygghet och förtroende, vilket bidrar till att patienten får en bättre följsamhet till behandlingen och egenvården. Att patienterna i denna studie upplevde sin livskvalitet förbättrad skulle även kunna bero på att de fick regelbundna besök hos sjukvården. Detta bekräftar Attaallah et al. (2016) som också menar att tätare besök hos kardiologer ger bättre förutsättningar att utföra egenvård för hjärtsviktpatienter.

Alla deltagarna utom två uppgav sig ha en god livskvalitet efter regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup>. Båda dessa deltagare berättar att det är den nedsatta orken som är anledningen till att de inte upplever någon livskvalitet. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver hur kroniska sjukdomar i hög grad kan begränsa det dagliga livet. Beroende på förhållningssättet till sjukdomen kan personen utveckla livskraft och finna en mening i situationen. Att majoriteten ändå skattade sig ha en god livskvalitet och att den ökat i och med att de fått regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> stämmer inte överens med vad Altenberger et al. (2014) kom fram till i sin studie, då patienterna som fick regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> inte skattade sin livskvalitet bättre än vad placebogrupperna gjorde. Två av deltagarna upplevde att de kände en ökad förbättring när de för första gången startade med behandlingen och att de nu upplever Simdax<sup>®</sup> som mindre effektivt. Att man ska utveckla en tolerans mot Simdax<sup>®</sup> har inte visat sig i några studier som vi hittat. Tre av deltagarna berättar hur Simdax<sup>®</sup> har påverkat deras blodtryck, vilket är en känd biverkan av läkemedlet (Simdax<sup>®</sup>, 2016).

Ur intervjuguiden ställdes frågor till deltagarna bland annat kring sjuksköterskans stöd samt informationen de fått angående behandlingen. Under analysens gång framgick det att sjuksköterskans stöd skulle kunna bidra till en förbättrad livskvalitet. Detta skulle kunna vara intressant att studera vidare. Då målet med behandling av kronisk hjärtsvikt är att minska symtom, förbättra livskvalitet, förhindra progress, minska behovet av sjukhusvård samt förlänga överlevnaden (Ponikowski et al., 2016). Denna studie skulle därmed kunna förespråka att fler patienter borde behandlas med Simdax<sup>®</sup> eftersom de uttrycker en högre livskvalitet, samt minskade sjukhusinläggningar på grund av en försämring i sin hjärtsvikt.

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever sin livskvalitet före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>. Forskning kring hur denna patientgrupp upplever sin livskvalitet i och med att behandlingen är mycket begränsad och därmed bedömde författarna att en intervjustudie med kvalitativ ansats var mest lämplig för att undersöka detta område. Detta då endast personer som får den här typen av behandling kan redogöra för sina upplevelser (Polit & Beck, 2017). Personer som får regelbundna behandlingar ansågs därför lämpliga då de kan redogöra sin upplevda livskvalitet före och efter behandling med Simdax<sup>®</sup>. Om en kvantitativ metod istället hade använts skulle svaren troligtvis varit mer begränsade samt en risk att värdefullt material inte framkommit.

Fokusgruppsintervjuer hade kunnat genomföras, men denna typ av studie garanterar inte att alla i gruppen blir hörda (Polit & Beck, 2017). Samtalsdyspné och nedsatt ork kan upplevas hos personer med kronisk hjärtsvikt (Ponikowski et al., 2016) vilket författarna tror kan bidra till att det blir svårt att höras i en större grupp. Det ansågs även vara en utmaning att hitta en tid och plats för intervjun som passar alla personer. Forskningsdeltagarnas berättelser i en fokusgruppsintervju kan komma att påverkas, då det kan vara svårt att tala om känsliga ämnen i en större grupp. Samtidigt som fokusgrupper skulle kunna ge ett omfattande resultat då deltagarna kan känna igen sig i varandras upplevelser och därmed dela med sig mer (Polit & Beck, 2017). Finns förtroende för författaren lämnar forskningsdeltagaren rikare och djupare data. För att få så innehållsrika data som möjligt bedömde författarna att semistrukturerade intervjuer var att föredra.

Ett av inklusionskriterierna var att patienterna skulle ha fått behandlingen med Simdax<sup>®</sup> vid minst två olika tillfällen. Att de skulle ha fått läkemedlet vid minst två tillfällen valdes för att deltagarna lättare skulle kunna utvärdera effekten av läkemedlet. Vidare följdes samtliga urvalskriterier och urvalet bedömdes vara relevant i förhållande till studiens syfte vilket enligt Polit och Beck (2017) stärker validiteten. Med tanke på tidsperioden som var avsatt för detta arbete valde författarna att inkludera flera sjukhus för att kunna genomföra intervjuerna och inkludera deltagare under en kortare tidsperiod. Studien genomfördes därmed på tre avdelningar på tre olika sjukhus. Det var en utmaning för författarna att rekrytera deltagare till studien då det var ett begränsat antal personer som fick behandlingen under denna tidsperiod. Att deltagarna kom från tre olika sjukhus ansågs vara en styrka i studien då författarna ansåg att en bredare bild visades än om alla deltagarna hade kommit från samma sjukhus samt att sjukhusen hade liknande rutiner kring behandlingen. Det framkom ingen större skillnad i personernas upplevelser oavsett geografiskt område. Antalet deltagare som deltog i studien var sex män och två kvinnor, tio deltagare tillfrågades men två valde att inte delta på grund av ohälsa och tidsbrist. Män var överrepresenterade bland de som överensstämde med inklusionskriterierna vilket skulle kunna stärkas av Ponikowski et al. (2016) som nämner att män drabbas tidigare av hjärtsvikt än vad kvinnor gör. Författarna är medvetna om ett större geografiskt område hade studerats hade resultatet eventuellt kunnat sett annorlunda ut.

Denna studie omfattar åtta intervjuer, enligt Sophiahemmet högskola (2018) anses det vara lämpligt att ha fem till tio intervjuer. Enligt Polit och Beck (2017) är mängden information det relevanta snarare än antalet deltagare. Med dessa intervjuer och dess innehåll ansåg författarna var tillräckligt för att svara på studiens syfte, samt att uppnå datamättnad.

En semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor utformades vilket innebar att samma frågor ställdes till alla deltagare. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) innebär den semistrukturerade intervjun att intervjupersonerna själva får beskriva sin levda värld (Kvale & Brinkmann, 2014). Öppna frågor ger deltagarna möjlighet att dela med sig av sina upplevelser, åsikter och känslor (Polit & Beck, 2017). Intervjuerna genomfördes separat och inte tillsammans med båda författarna. Om intervjuerna genomförts gemensamt av båda författarna skulle detta kunnat underlätta för dem då den ena kunde ställa frågor och den andra observera. Samtidigt som det skulle kunna skapa en eventuell stress för deltagaren om det är två som lyssnar till deras berättelser. På grund av tidsramen så valde författarna att genomföra intervjuerna var för sig. Författarna upplevde att intervjuerna var lättare att genomföra genom att ha en intervjuguide som underlag. Då författarna var oerfarna upplevdes de första intervjuerna vara utmanande att genomföra därefter flöt intervjuerna på lättare, vilket även framkommer i Polit och Beck (2017) som uppger att ovana intervjuare kan behöva fler deltagare för att få ett större material ur intervjuerna.

Genom begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet bedöms enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) trovärdigheten i en kvalitativ innehållsanalys. Samtliga deltagare fick både skriftlig och muntlig information både innan intervjun och strax före start. Deltagarna intervjuades i direkt anslutning till behandlingen detta för att underlätta för dem. Författarna valde att göra semistrukturerade intervjuer där det ställdes öppna frågor vilket gav deltagarna möjlighet att berätta öppet om det aktuella ämnet. Intervjuerna spelades in vilket medförde att författarna kunde lyssna på dem flertalet gånger för att inte gå miste om relevant information. En pilotintervju genomfördes varpå tillförlitligheten stärktes och man kunde utvärdera att intervjuguidens frågor svarade på syftet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) stärks tillförlitligheten ytterligare då båda författarna läst igenom och analyserat materialet flertalet gånger för att se till att inga misstolkningar gjorts. Vidare menar Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att citat från intervjuerna ger läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan studiens trovärdighet öka med ljudinspelning. Genom att grundligt beskriva urvalskriterierna, deltagarna hur datainsamling och analys utförts möjliggörs en bedömning för läsaren om resultatet är överförbart till ett annat sammanhang vilket kan öka studiens trovärdighet. Ostrukturerade intervjuer ställer högre krav på intervjupersonen enligt Polit och Beck (2017) vilket inte ansågs vara lämpligt för denna studie eftersom båda författarna var oerfarna lämpade sig inte denna metod. Ur en kvalitativ ansats finns där inte så mycket forskning inom berört område därför bedömdes det att strukturerad intervju inte var möjligt att utföra. Författarna valde därmed semistrukturerad intervju för den var mest lämplig att utföra.

Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en mobiltelefon med deltagarnas samtycke. Genom att spela in samtalet gör det möjligt för intervjuaren att ha full koncentration på samtalet under intervjuerna, vilket upplevdes som positivt. Att spela in en intervju minskar risken att gå miste om viktig information som sägs under intervjun, då det vid anteckningar under samtalet kan bidra till att fokus hamnar på anteckningarna än i själva mötet med deltagaren (Polit & Beck, 2017). Att spela in intervjuer kan skapa en stress hos den som blir intervjuad. Detta upplevde inte författarna under intervjuerna. Med inspelningar underlättas även analysarbete, eftersom författarna kunde gå tillbaka och lyssna på intervjuerna upprepade gånger.

Materialet granskades av författarna gemensamt för att tillsammans urskilja de meningsbärande enheterna vilka utgick från Graneheim och Lundmans (2004) förslag till analysförfarande.

Trovärdigheten stärks i en studie om två individer granskat materialet (Polit & Beck, 2017). Efter många genomläsningar föll teman, kategorier och subkategorier på plats. Att kategorisera meningsenheterna var den största utmaningen under analysprocessen. Författarna har hela tiden växelvis gått fram och tillbaka till ursprungstexten för att säkerställa kategoriernas riktighet och även för att säkerställa att dessa svarar mot syftet. Författarna är medvetna om att latent analys kan förekomma vid sådana analyser (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna införskaffade ett godkännande av Sophiahemmets etiska råd för att genomföra studien. Författarna har fått hjälp med rekrytering av deltagare och har därför inte behövt hantera några personuppgifter därför krävdes det inte ett godkännande från etikprövningsnämnden. Alla deltagare fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte både innan och i direkt anslutning till intervjun vilket innebar att de var väl informerade inför intervjun. Samtliga intervjuer utfördes i enskilt rum vilket är att föredra med tanke på störande ljud och avbrott som kan uppstå samt att deltagaren ska känna sig trygg i denna miljö (Polit & Beck, 2017). Efter avslutad intervju informerades deltagarna om att de närhelst kan höra av sig till respektive avdelning, som i sin tur kunde kontakta författarna om det skulle dyka upp några frågor eller funderingar.

### **Slutsats**

Regelbundna behandlingar med Simdax<sup>®</sup> upplevdes öka livskvaliteten med minskade symtom kortare sjukhusvistelser och förbättrad ork. Behandlingen av kronisk hjärtsvikt ska i första hand förbättra personens livskvalitet och minska sjukhusinläggningar, i enlighet med vårt resultat skulle Simdax<sup>®</sup> behandling kunna ges till fler personer än vad som ges idag.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Existerande studier om Simdax<sup>®</sup> behandling har skiftande resultat och enligt Socialstyrelsen (2018) finns ännu inte rekommendationer om att behandla patienter med kronisk hjärtsvikt med detta läkemedel, på så sätt behöver fler studier göras för att ge evidens. Denna studie belyser hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever behandlingen. Vidare kan denna studie vara till hjälp för sjuksköterskor att informera patienterna om den upplevda behandlingen av läkemedlet. Mer forskning krävs inom ämnet, ett förslag skulle vara att undersöka om Simdax<sup>®</sup> sätts in i ett tidigare skede när patienterna befinner sig i NYHA klass II eller III och hur det då skulle påverka deras livskvalitet. Eftersom de existerande studierna som undersöker behandling med Simdax<sup>®</sup> i kombination med livskvalitet är få anses detta som ett förslag till vidare forskning.

## REFERENSER

- Altenberger, J., Parissis, T.J., Costard-Jaeckle, A., Winter, A., Ebner, C., Karavidas, A.,...Poelzl, G. (2014). Efficacy and safety of the pulsed infusions of levosimendan in outpatient with advanced heart failure (LevoRep) study: a multicentre randomized trial. *European Journal of Heart Failure*, 16(8), 898-906. doi:10.1002/ejhf.1118
- Attaallah, S., Klymko, K., & Pratt Hopp, F. (2016). Self-Care among older adults with heart failure. *Gerontology & Geriatric Medicine*, (2), 1-10. doi:10.1177/2333721416684013
- Berglund, M. Andersson, S. & Kjellsdotter, A. (2017). Att drabbas av långvarig sjukdom. I K. Dahlberg & I. Ekman. (Red.). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård: att bli lyssnad på och förstådd* (ss. 97-114). Stockholm: Liber.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1–12. doi:10.1016/30895-4356(99)00123-7
- Carr, A.J., Gibson, B., & Robinson, P.G. (2001). Measuring quality of life Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322(5), 124–1243. doi:10.1136/bmj.322.7296.1240
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur
- Dahlström, U. (2010). Hjärtsvikt I. U. Dahlström, L. Jonasson & F. Nyström. (Red.). *Kardiovaskulär medicin* (ss 233–258). Stockholm: Liber.
- Follath, F., Cleland, J, G, F., Just, H., Papp, J, G, Y., Scholz, H., Peuhkurinen, K.,... Lehtonen, L. Efficacy and safety of intravenous levosimendan compared with dobutamine in severe low-output heart failure (the LIDO study): a randomised double-blind trial. *The Lancet*, 2002(360), 9328: 196-202. doi:10.1016/S0140-6736(02)09455-2
- Harkness, K., Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., & Clark, A. M. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121–135. doi:10.1097/3cn.0000000000000118
- Heo, S., Lennie, A.T., Okoli, C. & Moser, K.D. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical care*, 38(2), 100–108. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.04.002
- Jaarsmal. T., Cameron, J., Riegel, B. & Strömberg, A. (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(2), 71-77. doi:10.1007/s11897-017-0324-1
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. (rev.) uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, L. A., Dahlström, U., Dickstein, k., Ekman, I.,... Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient



- Care Committee of Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 13, 115-126. doi:10.1093/eurjhf/hfq219
- Lee, C. S., Mudd, J. O., Hiatt, S. O., Gelow, J. M., Chien, C., & Riegel, B. (2014). Trajectories of heart failure self-care management and changes in quality of life. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 486–494. doi:10.1177/1474515114541730
- Lilleberg, J., Laine, M., Palkama, T., Kivikko, M., Pohjanjousi, P., & Kupari M. (2007). Duration of the haemodynamic action of a 24-h infusion of levosimendan in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart failure*, 9(1), 75–82. doi: 10.1016/j.ejheart.2006.04.012
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss 187–201). Lund: Studentlitteratur
- Läkemedelsverket, (u.å). Hämtad från <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Monografier-Humanlakemedel/Humanlakemedel-Arkiv/Simdax-levosimendan/>
- Mavrogeni, S., Giamouzis, G., Papadopoulou, E., Thomopoulou, S., Dritsas, A., Athanasopoulos, G., ... Cokkinos, D. (2007). A 6-month follow-up of intermittent levosimendan administration effect on systolic function, specific activity questionnaire, and arrhythmia in advanced heart failure. *Journal of cardiac failure*, 13(7), 556–9. doi: 10.1016/j.cardfail.2007.04.004
- Moiseyev, V. S., Pöder, P., Andrejevs, N., Ruda, M. Y., Golikov, A.P., Lazebnik, L.B.,... Lie, K.I. (2002). Safety and efficacy of a novel calcium sensitizer, levosimendan, in patients with left ventricular failure due to an acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 23(18) 1422–1432. doi:10.1053/euhj.2001.3158
- Moser, D. K., Heo, S., Lee, K. S., Hammash, M., Riegel, B., Lennie, T. A.,... Watkins, J. (2013). 'It could be worse ... lot's worse!' Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. *Age Ageing*, 42(5), 626–632. doi:10.1093/ageing/aft078
- Mårtensson, J. (2012). Vård av patienter med hjärtsvikt. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.). *Kardiologisk omvårdnad* (2uppl., ss 79–108). Lund: Studentlitteratur
- Ortis, B., Villani, A., Oldani, M., Giglio, A., Ciambellotti, F., Facchini, M.,... Malfatto, G. (2017) Intermittent levosimendan infusion in advanced heart failure: a real world experience. *Journal of international medical research*, 45(1) 361–371. doi:10.1177/0300060516655244
- Pattenden, J. F., Roberts, H., & Lewin, R. J. P. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 273–279. doi:10.1016/j.ejcnures.2007.01.097

Parissis, J T., Papadopoulos, C., Nikolaou, M., Bistola, V., Farmakis, D., Paraskevaidis, I,... Kremastinos, D. (2007). Effects of Levosimendan on Quality of Life and Emotional Stress in Advanced Heart Failure Patients. *Cardiovascular drugs and therapy*, 4(21), 263-268. doi: 10.1007/s10557-007-6034-2

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10<sup>th</sup>ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pollesello, P., Ovaska, M., Kaivolai, J., Tilgmann, C., Lundstrom, K., Kalkkinenn, N,... & Taskine, J. (1994). Binding of a New Ca<sup>2+</sup> Sensitizer, Levosimendan, to Recombinant Human Cardiac Troponin C. *The Journal Of Biological Chemist*, 269(46), 28564–28590.

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. F., Coats, A. S., ... van der Meer, P. (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. doi:10.1093/eurheartj/ehw128

Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care, *Patient Education and Counseling*, 46(4), 287-295. doi:10.1016/S0738-3991(01)00165-3

SFS 2003:460. *Om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen

Simdax® (2016). I Fass.se. Hämtad från <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20000922000137>

Simões Da Silva Lessa, Q. C., de Meneses Frossard, J., Silva dos Santos, F. A., de Carvalho Queluci, G., da Silva Correia, D. M., & Dantas Cavalcanti, A. C. (2016). Nursing actions for patients with heart failure: an integrative review. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 8(2), 4587–4600. doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4587-4600

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20999/2018-6-28.pdf>

Sophiahemmet högskola. (2018). *Studieguide för självständigt arbete*. Hämtad 12 februari, 2019, från <https://shh.pingpong.se/courseId/104210/content.do?id=47473037>

Tuomainen, P. O., Magga, J., Timonen, P., Miettinen, K., Kurttila, M., Vanninen, E., ... Peuhkurinen, K. (2013). Intermittent levosimendan treatment in patients with severe congestive heart failure. *Clinical research of cardiology*, 102(7), 485-493. doi:10.1007/s00392-013-0554-5

Ventegodt S, Andersen NJ, & Merrick, J. (2003). Quality of Life philosophy I, Quality of life, happiness and meaning in life. *Scientific World Journal*, 3, 1164–75. doi:10.1100/tsw.2003.102

Vetenskapsrådet. (2018). *Forskningsetiska principer inom humanistiskt och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2017). Hälsa. I C. Wärnå-Furu (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2 uppl., ss. 160). Lund: Studentlitteratur AB.

WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad från <https://slf.se/app/uploads/2018/07/helsingforsdeklarationen.pdf>

World Health Organization [WHO]. (1996). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Hämtad från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

World Health Organization [WHO]. (1948) CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hämtad från [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

World Health Organization [WHO]. (2014). Self care for health. Hämtad från <http://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>

Yokoshiki, H., Katsube, Y., Sunagawa, M., & Sperelakis, N. (1997). Levosimendan, a novel Ca<sup>2+</sup> sensitizer, activates the glibenclamide-sensitive K<sup>+</sup> channel in rat arterial myocytes. *European Journal of Pharmacology*, 333(2–3), 249–259. doi:10.1016/S0014-2999(97)01108-4

## INTERVJUGUIDE

### Demografiska data

Man/Kvinna?

Ålder?

Hur länge har du haft diagnosen hjärtsvikt?

### Behandling med Simdax®

Hur många behandlingar med Simdax® har du fått?

### Upplevelser/livskvalitet av medicineringen

Kan du beskriva vad livskvalitet innebär för dig?

Hur upplevde du din livskvalitet innan du fick din behandling med Simdax®?

Vilka symtom upplevde du dig ha före behandling med Simdax®?

Hur upplever du din livskvalitet efter att du fått din behandling med Simdax®?

Hur upplever du dina symtom efter behandlingen med Simdax®?

### Stöd från sjuksköterskor

Kan du berätta hur du upplever sjuksköterskans stöd före behandling med Simdax®.

Vill du berätta hur du upplever den information du fick av sjuksköterskan i samband med behandlingen, före och efter behandling.

Kan du beskriva hur du upplever informationen du fick om behandlingen av sjuksköterskan före behandling av Simdax®.

### Kompletterande stödfrågor:

Kan du utveckla detta lite mer?

På vilket sätt?

Vad kände du?

Vad menar du?

Kan du ge exempel?

**Avslutande fråga (Polit & Beck, 2017):** Finns det någonting mer du skulle vilja berätta för mig, som du anser att jag glömt att fråga dig?

BREV TILL VERKSAMHETSCHEF



Stockholm 200X-XX-XX

Till verksamhetschef  
NN  
XXkliniken, XXsjukhuset

Vi heter Elin Backlund och Maria Gitzia och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör hur livskvaliteten påverkas hos personer med kronisk hjärtsvikt efter behandling av Simdax®. (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid hjärtkliniken, ...sjukhuset.

Om Du godkänner att studien genomförs vid hjärtkliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid hjärtkliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

\_\_\_\_\_  
Students namnteckning

\_\_\_\_\_  
Students namnteckning

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Students telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Students telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Students E-postadress

\_\_\_\_\_  
Students E-postadress

\_\_\_\_\_  
Handledares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Handledares namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Handledares telefonnummer

## **PATIENTERS UPPLEVELSE AV HUR LIVSKVALITETEN PÅVERKAS AV BEHANDLING MED SIMDAX® VID KRONISK HJÄRTSVIKT**

Hjärtsvikt är en folksjukdom och ca 250 000 personer i Sverige har sjukdomen. Incidensen av hjärtsvikt ökar hela tiden och det är en av de vanligaste anledningarna till inläggning på sjukhus. Att leva med kronisk hjärtsvikt påverkar livskvaliteten med svåra symtom, samt många återinläggningar på sjukhus.

När grundbehandlingen inte längre räcker till kan behandling med Simdax®, bli aktuell. Detta leder till minskade symtom och färre återinläggningar på sjukhus. Forskning kring hur patientens livskvalitet påverkas av behandlingen är mycket begränsad. Att undersöka hur livskvaliteten påverkas skulle kunna påverka så fler personer kan få denna behandling och därmed minska symtom och återinläggning för fler personer.

Syftet är att beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever livskvaliteten efter behandling med Simdax®

Insamlingen av den empiriska data ska ske genom semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor, för att få en djupare inblick och förståelse. Intervjuerna kommer spelas in på en mobiltelefon och materialet kommer enbart komma åt och lyssnas av författarna till studien, då en kod som enbart författarna har behövs för att komma åt materialet.

Medverkan kommer vara avidentifierad, det är enbart författarna till studien som kommer veta vilka som medverkar i studien. Deltagarna kommer bli informerade om att den när som helst kan välja att inte vilja vara med i studien och om man väljer att medverka eller inte kommer inte påverka vården.

Författarna har fått ett godkännande att utföra studien av Sophiahemmet högskolas etiska råd.

Har du några frågor gällande studien är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Jag godkänner härmed att Elin Backlund och Maria Gitzia får utföra studien ”Patienters upplevelse av hur livskvaliteten påverkas av behandling med Simdax® vid kronisk hjärtsvikt.” på kliniken under tidsperioden januari – februari, 2019.

---

Ort, datum

---

Namnsteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

**BREV TILL DELTAGARE**

Adressat \*  
Verksamhet Stockholm, datum  
Adress  
Postnummer ORT

**PATIENTERS UPPLEVELSE AV HUR LIVSKVALITETEN PÅVERKAS AV BEHANDLING MED LÄKEMEDLET SIMDAX® VID KRONISK HJÄRTSVIKT**

Vi heter Elin Backlund och Maria Gitzia och är studenter vid specialistsjuksköterskeprogrammet vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör hur livskvalitet påverkas efter behandling av Simdax®. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med dig som har diagnosen hjärtsvikt och som fått minst två behandlingar av läkemedlet Simdax®.

Hjärtsvikt är en folksjukdom och ca 250 000 personer i Sverige har sjukdomen. Incidensen av hjärtsvikt ökar hela tiden och det är en av de vanligaste anledningarna till inläggning på sjukhus. Att leva med kronisk hjärtsvikt påverkar livskvaliteten med svåra symtom som dyspné, orkeslöshet och svullnad i kroppen, samt många återinläggningar på sjukhus trots en adekvat grundbehandling.

När grundbehandlingen inte längre räcker till kan behandling med Simdax® bli aktuell.

Syftet är att beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt upplever livskvaliteten efter behandling med Simdax®.

Intervjuerna kommer spelas in med en mobiltelefon, som endast författarna som kommer ha tillgång till, och ske i samband med din utskrivning från sjukhuset efter behandling av Simdax®.

Medverkan kommer vara aidentifierad, vilket innebär att enbart författarna till studien som kommer veta vilka som medverkat. Du kan när som helst välja att inte vilja vara med i studien då studiens genomförande bygger på frivillighet, Om du väljer att medverka eller inte kommer det inte påverka vården.

Författarna har fått godkännande av Sophiahemmet högskolas etiska råd att genomföra studien.

Om du har några frågor gällande studien är du välkommen att kontakta oss eller till vår handledare, Richard Ahlsröd.

Med vänlig hälsning

Elin Backlund och Maria Gitzia

Richard Ahlsröd