<http://www.diva-portal.org>

Postprint

This is the accepted version of a paper published in *Nordic journal of nursing research*. This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Citation for the original published paper (version of record):

Söderberg, A., Rydell Karlsson, M., Löfvenmark, C. (2015)

Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad vård i hemmet: Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care.

Nordic journal of nursing research, 35(4): 203-209

<http://dx.doi.org/10.1177/0107408315587800>

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:shh:diva-2124>

Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får vård av avancerad sjukvård i hemmet

AnneCharlotte Söderberg, RN, Monica Rydell Karlsson, PhD, Caroline Löfvenmark, PhD

Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care

Abstract

Aim

The aim of this study was to describe the experience of security and insecurity in patients with chronic heart failure who were treated by Advanced Home Care (AHC) in a city in Sweden.

Background

It is common for patients with heart failure to have frequent readmissions to hospital because of deterioration. The patients have various symptoms such as breathing problems, edema and fatigue. Being cared for by AHC has become more common for patients with heart failure to reduce deterioration of heart failure and prevent hospitalization.

Method

A qualitative method was used with semi-structured interviews. Eight patients with heart failure participated in the study. The interviews were analysed by content analysis.

Findings

Three categories were identified, 'home care', 'the social network', 'internal and external resources'.

Conclusion

The experience was complex and depended on several factors both within and outside the health care situation. The need for access to a multidisciplinary team was great and it was important that the nursing staff had time to listen. It was important that the care had focus on the patient's perspective to create security and avoid insecurity.

KEY WORDS: chronic heart failure, palliative care, security, insecurity, Advanced Home Care, experience

Bakgrund

Studier har visat att hjärtsvikt har stor påverkan på det dagliga livet (1,2). Symtom såsom ansamling av vätska i kroppen, andfåddhet och trötthet leder ofta till social isolering, rädsla för ytterligare försämring och en känsla av att inte ha kontroll över sitt liv. Patienter med hjärtsvikt skaffar sig olika strategier för att hantera sina symtom och förmågan beror på hur väl patientens egenvård fungerar (2). Typiskt för hjärtsvikt är att patienten kan ha långa perioder utan symtom eller med stabila symtom för att sedan komma in i en försämringsperiod (1). Hur svår hjärtsvikten är graderas vanligtvis med hjälp av New York Heart Association (NYHA), en indelning av hjärtsvikt i fyra klasser som beskriver graden av symtom hos patienten i vila och i arbete (3) (tabell I). Grad NYHA III-IV anses vara svår hjärtsvikt.

Tabell I. NYHA-klassificering enligt McMurray et al. (3).

NYHA I	Nedsatt hjärtfunktion utan symtom
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast vid fysisk ansträngning av måttlig grad.
NYHA III	Medelsvår hjärtsvikt med symtom vid lätt ansträngning. Denna klass kan indelas i A och B för att illustrera att denna klass är bred.
NYHA IV	Symtom redan i vila. Patienten är ofta sängbunden.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (4) poängteras vikten av ställningstagande till palliativ vård för patienter med hjärtsvikt i NYHA-klass III-IV. Det

finns olika syn på palliativ vård för patienter med svår hjärtsvikt. Den traditionella synen är att när palliativ vård startar avslutas den kurativa behandlingen. De senaste modellerna förespråkar att den palliativa vården löper parallellt med den sedvanliga behandlingen för hjärtsvikt redan från det att diagnos ställs och patienten har behov av vård (5). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen skriver att primärvården och den basala hemsjukvården ska utgöra grunden i hälso- och sjukvården (6). Vidare beskrivs det att när det krävs mer resurskrävande vård och patienten inte kan ta sig till en mottagning ska vård från ett multiprofessionellt team erbjudas som kan ge avancerad sjukvård i hemmet som ett alternativ eller komplement till sjukhusvård. ASIH ska planera och arbeta för att minska försämring vid sjukdom och därigenom skapa ett mindre behov av slutenvård. ASIH ansvarar endast för sjukvården, omvårdnad och hjälp med dagliga aktiviteter måste närstående eller hemtjänst utföra vid behov. Det är viktigt att varje patient upplever trygghet i vårdprocessen (6).

Innebörden av begreppet trygghet är inte helt självklart. Trygghet beskrivs vanligen som ett mångfasetterat begrepp och det finns minst två olika beskrivningar av trygghet. Den ena är grundtryggheten som påverkas av personliga egenskaper som tros skapas tidigt i livet. En annan form av trygghet är situationsanpassad trygghet som påverkas av yttre faktorer, till exempel att vid behov ha tillgång till vård (7).

Petersson och Blomqvist (8) undersökte känslan av trygghet och kom fram till att trygghet kan beskrivas som en inre känsla som grundar sig på tilltro till sig själv och andra. Faktorer som stärkte känslan av trygghet var att känna gemenskap, att känna igen saker och situationer samt att kunna använda hjälpmedel.

Otrygghet beskrivs som ett hot mot hälsan. När hotet försvinner återvinns vanligtvis tryggheten och känslan av att ha hälsa. Troligen beror det på en känsla av kontroll över

situationen (9). I Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) (10) står det att patientens behov av trygghet i vård och behandling ska tillgodoses. Brännström et al. (1) skriver att patienters känsla av trygghet är beroende av tillgänglighet till vårdpersonal och deras vilja att hjälpa.

Det är vanligt att patienter som har hjärtsvikt i NYHA-klass III-IV har återkommande försämringsperioder som leder till vård på sjukhus. Forskning visar att patienter med hjärtsvikt i det längsta försöker stanna kvar hemma, trots svår andnöd. När otryggheten och ångesten blir för stor söker patienterna akut sjukvård (11). En känsla av trygghet kan skapas av att vara ansluten till ASIH vid svår hjärtsvikt och genom att få personcentrerad vård (12). Personcentrerad vård innebär att utgå ifrån patientens egen berättelse om sin situation för att identifiera patientens resurser och hinder. En personcentrerad vårdplan skapas sedan utifrån patientens berättelse, symtom och övrig behandling. Dokumentation och utvärdering av vårdplanen måste ske kontinuerligt för att behålla en bra vård (13). Personcentrerad vård, hjärtsviktsbehandling och palliativ vård i hemmet visar enligt Brännström och Boman (14) en tendens till bättre livskvalitet hos patienter med svår hjärtsvikt. Enligt författarnas kännedom har få studier genomförts med syfte att studera hur patienter med hjärtsvikt upplever känsla av trygghet eller otrygghet vid vård i hemmet av ASIH.

Syftet med denna studie var att beskriva upplevelsen av trygghet och otrygghet hos patienter med hjärtsvikt som vårdas i hemmet av ASIH.

Metod

Designen är en deskriptiv intervjustudie med kvalitativ ansats och data har samlats in med semistrukturerade intervjuer i enlighet med Polit och Beck (15).

Urval

Inklusionskriterier var patienter med hjärtsvikt i NYHA-klass III-IV, som vårdats av ASIH i minst tre månader. De skulle kunna tala och förstå det svenska språket och inte ha vårdats av författarna. Studien genomfördes vid en landstingsanknuten ASIH-enhet i en storstad i Sverige som vårdar 120 patienter varav ett stort antal med hjärtsvikt.

Totalt tillfrågades tolv patienter varav fem kvinnor och tre män tackade ja. Två män tackade nej och två män blev försämrade innan intervjun och kunde inte delta. Strävan var att få en variation i urvalet vad gällde kön, ålder och erfarenhet av att leva med hjärtsvikt.

Fem kvinnor och tre män, 59-91 år (medianålder 86) deltog i studien. Sju informanter var ensamboende, en levde i ett äktenskap.

Datainsamling

Informanterna valdes ut av två sjuksköterskor genom journalgenomgång. Kontakt med patienterna togs via telefon för ett första medgivande, därefter skickades skriftlig information.

Alla informanter gav skriftligt medgivande till att delta. Intervjuerna genomfördes i informanternas hem efter överenskommelse. Längden på intervjuerna var 15-50 minuter (median 40 minuter). Intervjuerna följde en upprättad semistrukturerad intervjuguide i enlighet med Polit och Beck (15). Exempel på frågor var:

Vad innebär trygghet för dig? Vad innebär otrygghet för dig? Vad skapar trygghet för dig?

Vad skapar otrygghet för dig? Kan du beskriva din känsla av trygghet/otrygghet idag när du får vård av ASIH?

Frågorna togs inte i samma ordning vid de olika intervjutillfällena och följdes upp med sonderande frågor vid behov (15). Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes januari-februari 2014.

Databearbetning

Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Analyser av intervjuerna gjordes med kvalitativ innehållsanalys utifrån ett manifest perspektiv och med en induktiv ansats i enlighet med Graneheim och Lundman (16). Intervjuerna lyssnades igenom efter transkribering och lästes igenom ett flertal gånger och en känsla för vad som sades i texten växte fram. Meningsbärande enheter, motsvarande studiens syfte, togs därefter fram och de kondenserades sedan genom att de gjordes kortare och mera lätthanterliga, men med ett bevarat innehåll. Ur de kondenserade enheterna urskiljdes koder som kortfattat beskrev den kondenserade enhetens innehåll. I koderna hittades underkategorier som slutligen indelades i kategorier (tabell 2).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Men ni har ju hela paketet o att ni kommer. Jag vet att om jag ringer och är dålig då kommer ni och jag får hjälp va. Och det är klart att det känns tryggt när det är så.	Ni har hela paketet. Ni kommer om jag ringer och är dålig och jag får hjälp. Det känns tryggt.	Får hjälp när jag behöver	Kunna ringa och få hjälp direkt	Att vårdas i hemmet
Sen är ni ju kunniga va ni är duktiga så det känns tryggt att ha er.	Ni är kunniga och det känns tryggt.	Kompetens hos personalen	Vårdpersonalens betydelse	
Flickorna i hemtjänst känner jag sedan gammalt. Vi har blivit som kompisar. Det är tryggt	Jag är som kompis med flickorna från hemtjänst och det känns tryggt.	Tryggt med hemtjänstpersonal	Hemtjänst, en viktig komponent	

Jag har inte varit på sjukhus en enda gång sedan jag fick ASIH så för mig är det helt suveränt det här	Jag har inte varit på sjukhus sedan jag fick ASIH	Inte till sjukhus sedan ASIH	Slippa åka till sjukhus och vårdcentral	
--	---	------------------------------	---	--

Etiska övervägande

Skriftligt och muntligt samtycke för genomförande av studien inhämtades från

verksamhetschefen för enheten. Informanterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avsluta sitt deltagande närsomhelst utan att ange orsak och deras vård skulle inte påverkas. Resultatet redovisas på ett sådant sätt att konfidentialitet upprätthålls.

Utskrifterna samt ljudinspelningarna förvarades inlåsta i ett skåp som endast förste författaren hade tillgång till.

Forskningsetiska rådet vid Sophiahemmet Högskola har godkänt studien.

RESULTAT

Vid analysen identifierades tre kategorier och i samtliga framkom det underkategorier.

Tabell 3. Sammanställning av resultatet

Underkategorier	Kategorier
Kunna ringa och få hjälp direkt	Att vårdas i hemmet
Inte behöva åka till sjukhus och vårdcentral	
Vårdpersonalens betydelse	
Hemtjänst, en viktig komponent	
Äktenskapets betydelse	Det sociala nätverket
Familjegemenskapens betydelse	
Vänners och bekantas betydelse	
Boendets betydelse	

Den egna grundtryggheten	Yttre och inre resurser
--------------------------	-------------------------

Att vårdas i hemmet

Kunna ringa och få vård dygnet runt

Vid analys av intervjuerna framkom att tryggheten med ASIH till stor del bestod av att kunna nå ASIH dygnet runt och få hjälp direkt. Vetskapen om att det var möjligt att ringa dygnet runt gjorde att flera informanter uttryckte att de kände sig trygga. Det var skönt att kunna ringa och prata om det var något som oroade eller kändes oklart angående sjukdomen.

Betydelsen av att vara igenkänd av vårdgivaren och veta att vården var nåbar och möjlig dygnet runt gjorde att trygghet skapades enligt informanterna. Denna trygghet gjorde att de inte behövde söka vård lika ofta som tidigare utan vågade vänta längre med att ringa efter hjälp eller inte behövde ringa alls.

Man kan nå ASIH närsomhelst och få hjälp utan trassel och tjat, så tryggheten finns definitivt genom er.

Symtom av hjärtsvikt eller rädsla för att få symtom upplevdes av samtliga som en källa till oro som i viss mån innebar otrygghet, men genom vetskapen om att kunna få hjälp av ASIH eliminerades känslan av oro helt eller delvis.

Det framkom att psykologiska aspekter kunde kopplas till upplevelse av trygghet. Ett exempel på detta var, att det var när ASIH var på besök som trygghet skapades. När personalen gått var tryggheten inte längre reell och känsla av otrygghet uppstod.

Ja men det är som man säger det är mycket psykologiskt. Jag känner mig trygg när ni är här men annars är ni här bara teoretiskt så att säga.

Inte behöva åka till sjukhus och vårdcentral

Det framhölls av informanterna att det varit betungande och otryggt att uppsöka sjukhus vid försämring. Långa väntetider på akutmottagningar och korta vårdtider på vårdavdelningar upplevdes som en stor påfrestning både för informanterna och närstående. Det var därför en lättnad att slippa åka till sjukhus. Det var enligt flera informanter skönt att slippa uppsöka vårdcentral eftersom det var svårt att få tid för besök. Alla informanter uppskattade att kunna vara hemma och få vård från ASIH.

Ja det är väldigt bra... ja att jag slipper ... åka till vårdcentralen framförallt.

Flera informanter talade om att det var ovissheten över hur besöket på sjukhuset skulle bli som skapade otrygghet. De mötte oftast ny vårdpersonal som inte kände till deras historia och mycket energi gick åt till att berätta ytterligare en gång. Det var också en belastning för informanternas närstående att vara delaktiga i denna process.

Innan jag fick ASIH visste jag att jag måste åka till sjukhuset när jag blev sjuk. Det var väldigt jobbigt.

Vårdpersonalens betydelse

Vetskapen om att ASIH kom på inbokade kontinuerliga besök efter informanternas behov, var av betydelse för tryggheten. Vårdpersonalen upplevdes ha god kompetens och vara professionella genom att informanterna snabbt fick svar på sina frågor, tillika lindring eller blev besvärslösa i sina symtom. Insatser från arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och dietist nämndes av samtliga informanter som positivt och bidragande till trygghet. Flera informanter menade att genom att personalen satt ned och pratade och lyssnade skapades trygghet. Att personalen var glada och pigga uppskattades också av flera stycken. Att bli väl behandlad vid varje tillfälle skapade trygghet. Tanken på att inte längre få vård av ASIH skapade otrygghet.

Jag tycker om när ASIH kommer för ni har gjort allt ni kan för att göra mitt liv mycket, mycket bättre. Utan er vet jag inte hur det skulle ha gått.

Närståendes oro nämndes som en källa till egen oro som skapade otrygghet. Det var viktigt för informanterna att deras närstående var trygga för att de skulle känna sig trygga med vården från ASIH. Flera informanter pekade på att ASIH informerade deras närstående om vårdssituationen och genom detta skapades trygghet hos båda parter.

Hon var orolig min dotter och då fick hon prata med läkaren om det. Det var värdefullt för henne. Det är klart det kändes bra för mig med. Min dotter, hon ringer ofta och är orolig och jag menar det är jobbigt också. Jag blir påverkad när hon ringer och är orolig, då känner man sig lite sämre.

Det framkom en känsla av otrygghet med ASIH när inbokade hembesök ändrades eller blev senarelagda utan att information gavs i tid. Genom att informanterna i god tid fick ett telefonsamtal om ändrad dag eller tidpunkt för besök kunde detta undvikas.

Jag tycker att det är lite underligt då att ni kan ändra dag och tid för besöket i sista minuten, för det blir ju att man har ställt in sig och väntat.

Känsla av att inte ha kontroll över sin situation innebar för flera av informanterna otrygghet. Det var vitt skilda saker som beskrevs. En informant berättade om erfarenhet av att ha en trasig rullstol och att det kändes otryggt att inte veta om den skulle hålla vid användning. Otryggheten skapades även av att inte veta hur hjälp kunde fås. Informanten upplevde att kontroll av situationen återtogs när en sjuksköterska från ASIH kontaktade arbetsterapeut för hjälp.

Jag är rädd för att min rullstol ska gå sönder men imorgon kommer en och tittar på den och kanske får jag en ny.

Hemtjänst, en viktig komponent

Av de informanter som hade hemtjänst nämnde samtliga dess betydelse för att känna trygghet. Hemtjänst var enligt informanterna trygghetsskapande genom vetskapen om att någon kom på kontinuerliga besök. Det var också betydelsefullt för flera informanter att personalen hade tid att sitta ned och prata. Det var även tryggt att ha tillgång till trygghetslarm för akut hjälp.

Tryggheten är att kunna larma på larmhalsbandet om det händer mig något.

Stor personalomsättning hos vissa hemtjänstbolag skapade otrygghet, genom att det ständigt kom ny personal. Även hemtjänstpersonalens alltmer tilltagande tidsbrist vid besöken ansågs ge en försämring för båda parter och skapade otrygghet.

Flickorna i hemtjänst... nu har dom ju fått nya order, dom ska skriva upp alltid när dom kommer precis... o vem det nu är som har hittat på det, för nu blir det väl stress. Jag tycker det är larv.

Det sociala nätverket

Äktenskapets betydelse

De informanter som levde eller hade levt i ett långvarigt förhållande talade om partners betydelse. Ett långt, lyckligt och pågående äktenskap beskrevs både skapa trygghet och otrygghet. Otryggheten skapades på grund av att sjukdom och ålderdom påminde om alltings ändlighet och att döden skulle komma att skilja dem åt. Tryggheten var att älska och stödja varandra. Det beskrevs också att det lyckliga äktenskapet skapade trygghet även efter att den andra hälften avlidit. Tryggheten som varit under äktenskapet och som fanns kvar efter förklarades med att den andra personen ingivit dem trygghet genom att de varit lugna. Betydelsen av att ha kunnat prata om allt, att ha haft ett gemensamt socialt liv och att kärleken

varit varm var också en källa till att tryggheten fanns kvar genom upplevelser och minnen.

Den avlidna livskamraten var fortfarande närvarande i informanternas liv.

Jag kände trygghet med min make, när vi åkte till landet, när vi tränade ihop och när vi diskuterade. Att vi var två personer tillsammans. Än idag är han närvarande. Han sitter här på sin stol bredvid mig.

Familjegemenskapens betydelse

Familjens betydelse togs upp av alla informanter. Känslan av gemenskap beskrevs och att inte vara ensam trots att alla informanter utom en bodde ensamma. Ett aktivt liv tillsammans med sin familj, till exempel gemensamma lantställen, kortspelskvällar och middagar skapade trygghet. Kontinuerliga telefonsamtal och besök från syskon, barn, barnbarn och vetskap om att hjälp fanns att få ifrån dem skapade också en känsla av trygghet.

Bara att dom bryr sig och ringer. Ska bara kolla läget mormor säger dom.

ASIH beskrevs även som ”grädden på moset” och förklarades med att tryggheten var tillräcklig i den egna familjen men att ASIH gjorde att den kändes komplett.

Vänner och bekantas betydelse

Flera uttryckte att det var en säkerhet med vänner och bekanta som regelbundet hörde av sig eller kom på besök. Trygghet skapades till exempel genom att vänner följde med som stöd vid promenader eller till affären. Även ytliga bekanta, till exempel från aktiviteter såsom bingoträffar ingav trygghet genom att gruppkänsla skapades.

Jag har mina gamla väninnor sedan 75 år och vi ringer runt till varandra och håller kontroll på varandra.

Yttre och inre resurser

Boendets betydelse

Alla informanter pratade om boendets betydelse för att känna trygghet. Det uttrycktes genom att de poängterade att den bekanta hemmiljön med närhet till kommunikationer, vänner, familj och vård gav dem en känsla av trygghet. Det talades även om att det var viktigt att ha sina saker runt omkring sig och att boendet var anpassat efter informanternas behov.

Trygghet för mig idag är att jag har en bra lägenhet och nära till tunnelbanan.

Informanterna nämnde att vetskapen om att snabbt kunna få hjälp från ASIH och att kunna bo i sin vana miljö var fantastisk. Dessutom nämndes att tillgången till sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och dietist från ASIH innebar att hemmiljön blev trygg.

Det framkom att trots att hemmiljön var den bästa miljön att vistas i, fanns inte känslan av trygghet eftersom rädslan för försämring och framförallt andnöd skapade ångest. Även om hjälpen fanns att få dygnet runt och relativt snabbt, var det inte tillräckligt. Oro fanns hela tiden på grund av ensamhet varför ett boende med ständig närvaro av andra människor skulle vara det optimala.

Jag skulle vilja att ni var här jämt. Jag vill ha ett annat boende, men kuratorn sade att det var svårt.

Den egna grundtryggheten

Flera informanter beskrev att tryggheten fanns inuti dem och att den formats av en trygg barndom, där familjegemenskapen varit stark och bråk inte förekommit. En informant berättade om ett gott och varmt förhållande till en mormor som betydde mycket under uppväxten och som enligt informanten troligen byggt upp en del av grundtryggheten.

Det framhölls att ansvarstagande i barndomen hade ingivit en känsla av att klara av saker och att detta hade skapat en grundtrygghet. Det framkom också att det varit bra om uppväxten varit fylld av positiva upplevelser tillsammans med familj och barndomskamrater. Även upplevelser i det vuxna livet, till exempel ett tryggt äktenskap med stark känsla av gemenskap och glädje hade bidragit till en grundkänsla av trygghet.

Jag har nog tryggheten i mig. Jag har haft det bra också.
Haft en gubbe som varit helt otrolig. Vi bråkade aldrig.

Informanterna uttryckte att humor och positivt tänkande var grunden för deras välbefinnande och känsla av trygghet. De menade att genom att tänka positivt gick det lättare att leva och komma igenom stunder och perioder av svårigheter i sin sjukdom. Informanterna berättade kring detta genom att tala om att närstående ständigt påminde dem om att se till det positiva. Ett exempel på humor och positivt tänkande som gavs var att det inte var informanten som fått en förändrad kropp utan att det var kläderna som krympt. I det positiva tänkandet ingick även att inte oroa sig för morgondagen och att ta vara på de bra stunderna.

Tänk positivt brukar min dotter säga när jag brukar säga någonting.
Tänk positivt då klarar du dig bättre och visst gör man det.

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva upplevelsen av trygghet och otrygghet hos patienter med hjärtsvikt som vårdas i hemmet av ASIH.

Det framkom i resultatet att det är av stor betydelse att skapa utrymme för mötet mellan patient och personal för att uppnå en känsla av trygghet vid vård från ASIH. Känslan var även beroende av yttre resurser, såsom boendet och inre resurser, såsom den egna grundtryggheten. Det sociala nätverket hade också betydelse för att skapa trygghet. Brännström et al. (1) visade på ett liknande resultat, att patienters känsla av trygghet är beroende av tillgängligheten till vårdpersonal och deras vilja att hjälpa. Personcentrerad vård beskrivs i forskningen (13,17) och betydelsen av att lyssna till patienten och dennes historia för att kunna anpassa vården individuellt framhålls även där.

Genom resultatet framkom betydelsen av att vårdgivaren tar reda på sociala förhållanden kring patienten för att kunna förstå förutsättningar för en trygg miljö och därmed möjlighet till en tryggare vård. Informanterna beskrev detta genom att betona den närmsta familjens och vänners insatser. Det var viktigt för upplevelsen av trygghet eller otrygghet hur det sociala nätverket fungerade. En informant talade om att närståendes oro skapade otrygghet. I artikeln av Zambroski (9) framkom det sociala nätverkets betydelse för att hantera vardagen och uppleva trygghet. Där nämndes även att närstående kan vara ett hinder och skapa otrygghet. En beskrivning var att närstående inte ville se hur svårt sjuka patienterna var och hindrade dem därmed från att söka vård.

Om patienter känner trygghet med vården i hemmet, kan ett minskat behov av akutsjukvård uppstå, vilken kan få de ekonomiska kostnaderna för vården att minska. Stålhammar et al. (17) visar att det är billigare och mindre krävande för patienterna att vårdas hemma och att

resurser bör satsas i form av kontinuerligt återkommande kontroller av symtom som följer rådande riktlinjer (17). Några av informanterna hade besökt akutmottagningar vid akuta försämringar och vårdats på sjukhus sedan de anslutits till ASIH men flertalet hade inte behövt söka sjukhusvård under den tid de varit anslutna. Samtliga informanter som intervjuades hade varit anslutna i mer än ett år och längre. I internationella riktlinjer (3) lyfts betydelsen av att patienterna vet vart de ska vända sig vid försämring och att de har tillgång till ett multiprofessionellt team. Det multiprofessionella teamet var enligt informanterna av stor betydelse genom att få hjälp med saker som skapade möjlighet till en bra och trygg tillvaro i hemmet. En annan studie visade på att ett multidisciplinärt team kan skapa förutsättningar för en bra tillvaro för patienten och därmed möjlighet till upplevelse av trygghet. Det blir ofta sjuksköterskans roll att undersöka behov och se till att rätt resurser sätts in, till exempel kuratorskontakt eller närståendesamtal för att förebygga otrygghet (16).

Det som framkom i resultatet om humor och positivt tänkande visade på att det är ett viktigt inslag i vården. Flera nämnde att det var positivt när personalen var glada, pigga och skojade. Det är tidigare känt att patienter med hjärtsvikt beskrivit att positivt tänkande kan användas för att hantera vardagen (2). Klinisk erfarenhet visar på att sjukvårdspersonal ofta är bra på att uppmuntra patienter och närstående. På samma vis som det samtalas med patienten om allvarsamma saker bör humor beaktas vid möte med patienten om patienten uttrycker ett sådant förhållningssätt. I en annan studie har det framkommit att det är viktigt att bemöta patienten på dennes villkor och visa tilltro och vilja inför patienten (1).

I underkategorin den egna grundtryggheten framkom äktenskapens betydelse för känsla av trygghet och känslan fanns kvar även i de fall där den andra parten var avliden. Detta resultat visar på vikten av att ta reda på patientens livshistoria och få möjlighet till förståelse av

förutsättningar till upplevelse av trygghet hos den specifika individen. Vikten av kontinuitet hos personalen bör poängteras eftersom en god kännedom om patienten inte skapas vid enstaka sporadiska besök. I dagens vård pratas mycket om personcentrerad vård (15, 18) men för att göra den möjlig måste det finnas tid för kontinuerliga möten. Genom att verkligen lyssna till och respektera patientens åsikter och historia kan förtroende och upplevelse av trygghet bli möjlig. Resultatet av detta arbete visar med tydlighet på att vården måste utgå från patientens perspektiv. Genom att ASIH arbetar i patientens hem borde det enligt författarna vara lättare att få en sann bild av patienten och kunna ge personcentrerad vård. Personalen är dessutom gäster i patientens hem och möjligheten är större att patienten inte känner sig i underläge vid vårdssituationen. Den inre grundtryggheten måste beaktas och inte glömmas bort för att kunna ge patienten trygghet.

Styrkor och svagheter

Det kan ses som en svaghet att det endast var åtta personer som deltog i studien, men inom kvalitativ metod är inte alltid antalet bestämt i förväg (15) och informanterna gav rika beskrivningar. De berättade om sin upplevelse av trygghet och otrygghet och det framkom aspekter som inte var uppenbara. Urvalet av informanter ser vi som representativt för patientgruppen inom ASIH, vilket kan stärka överförbarheten.

För att stärka tillförlitligheten med arbetet vidtogs vissa åtgärder. Varje intervju genomfördes med hjälp av intervjuguide och avslutades med en sammanfattning där informanten gavs tillfälle att göra förtydliganden eller lägga till information (16). Längden på intervjuerna varade mellan 15 och 50 minuter, där även de korta intervjuerna gav ett rikt innehåll. Flertalet av intervjuerna varade längre än 15 minuter, med en median på 40 minuter.

Informanterna var medvetna om att författaren arbetade inom ASIH och det kan ha påverkat deras svar. Författarna hade emellertid inte vårdat någon av informanterna. Informanterna upplevdes som att de talade fritt trots medvetenheten om att intervjuaren arbetade inom ASIH. Risk fanns att informanterna inte skulle våga berätta något negativt men flera informanter talade om saker som kunde förbättras hos ASIH för att skapa trygghet.

Slutsats

Informanterna upplevde trygghet med vården från ASIH genom att det var möjligt att nå en kompetent vård dygnet runt. Upplevelsen var emellertid komplex och beroende av flera faktorer både inom och utanför vårdsituationen. Behovet av tillgång till ett multiprofessionellt team är stort och det är viktigt att samma vårdpersonal återkommer och har tid att lyssna. Det är viktigt att vården utgår från patientens perspektiv för att skapa trygghet och motverka otrygghet.

Godkjent for publisering 22.04.15

Korrespondens: AnneCharlotte Söderberg, Specialistsjuksköterska inriktning hjärtsjukvård,
Fil. mag. ASIH Stockholm Södra, Långbro Park. Mailadress: annecharlotte.soderberg@sll.se

Monica Rydell Karlsson, Med. Dr, Leg. ssk, Höskolelektor, Sophiahemmet Högskola, Box
5605, 114 86, Stockholm. Mailadress: monica.rydell-karlsson@shh.se

Caroline Löfvenmark, Med. Dr, Leg. ssk, Höskolelektor, Sophiahemmet Högskola, Box
5605, 114 86, Stockholm. Mailadress: caroline.lofvenmark@shh.se

REFERENSER

1. Brännström M, Ekman I, Norberg A, et al. Living with Severe Chronic Heart Failure in Palliative Advanced Home Care. *Eur J of Cardiovasc Nurs*. 2006; 5: 295-302.
2. Jeon Y-H, Kraus S, Jowsey J, et al. 2010 The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*. 2010; 24; 10:77.
3. McMurray J, Adamopoulos S, Anker S, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012; 33:1787-847.
4. Socialstyrelsen. Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjartsjukvard-remissversion-vetenskapligt-underlag.pdf> (2008, citerad 2014-02-09).
5. Brännström M, Forssell A and Pettersson B. Physicians' experiences of palliative care for heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10: 64-9.
6. Vårdguiden. Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval: Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Stockholm: Stockholms läns landsting.
<http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/Vardval-Stockholm/Avancerad-sjukvard-i-hemmet/dokument/Forfragningsunderlag-Vardval-avancerad-sjukvard-i-hemmet-2015> (2013, citerad 31 mar 2015).
7. Segesten K. Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB, 1994.
8. Petersson P and Blomqvist K. Sense of security – searching for its meaning by using stories: a participatory action research study in health and social care in Sweden. *Int J Older people Nurs*. 2011; 6: 25-32.
9. Dahlberg K and Segesten K. Hälsa och vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur, 2010.
10. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
11. Zambroski C. Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart Lung*. 2003; 32: 32-40.

12. Burström M, Brännström M, Boman K et al. Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *J Adv Nurs*. 2012; 68: 816-25.
13. Dudas K, Olsson L-E, Wolf A, et al. Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013; 12: 521-8.
14. Brännström M and Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *Eur J Heart Fail*. 2014; 16: 1142-51.
15. Polit D F and Beck C T. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
16. Graneheim U and Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24: 105-12.
17. Zambroski C, Moser D, Bhat G, et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005; 4:198-206.
18. Stålhammar J, Stern L, Linder R, et al. Resource utilization and cost of heart failure associated with reduced ejection Fraction in Swedish patients. *J Med Econ*. 2012; 15: 938-946.