

**SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT ARBETA PÅ
HJÄRTSVIKTSMOTTAGNINGAR**

Nyckeln till framgång

**NURSES' EXPERIENCES OF WORKING IN HEART FAILURE
OUTPATIENT CLINICS**

The key to success

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2016-05-31

Kurs: Ht14

Författare:

Pia Andersson

Ewa Witting

Handledare:

Monica Rydell Karlsson

Examinator:

Caroline Löfvenmark

SAMMANFATTNING

Hjärtsvikt är en diagnos som drabbar allt fler i takt med en allt äldre befolkning och är ett livslångt tillstånd. Eftersom behandlingen för hjärtsvikt i dag är effektiv och kan påverka sjuklighet och livskvalitet på ett positivt sätt, bör patienter med symtom och/eller kliniska tecken på hjärtsvikt identifieras och utredas. Behandlingen, såväl farmakologisk som icke farmakologisk tillsammans med egenvård, kräver god följsamhet av patienterna. Sverige är, med sina hjärtsviktsmottagningar, ett föregångsland i världen, vad gäller uppföljning av patienter med hjärtsvikt. Det har bidragit till att livssituationen för dessa patienter har förbättrats i form av förbättrad överlevnad och egenvård samt minskat antal vård dagar på sjukhus och återinläggningar. Den här verksamheten kan behöva utvidgas med tanke på den förväntade ökningen av patienter med hjärtsvikt. Tillsammans med den nya patientlagen, som framhåller tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, kontinuitet och individuell planering, samt sjuksköterskans sex kärnkompetenser, ställer detta höga krav på sjuksköterskor som arbetar på hjärtsviktsmottagningar. Kunskapen om deras erfarenheter tycks vara begränsad och är intressant att efterforska inför framtidens utmaningar i omvårdnaden av dessa patienter.

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar.

Metoden var kvalitativ och designen var en intervjustudie. Data samlades in genom intervjuer där sex sjuksköterskor, som arbetar på hjärtsviktsmottagningar, intervjuades med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Den insamlade datan analyserades med en manifest kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framträdde sjuksköterskornas erfarenheter i tre kategorier. I den första kategorin, ”Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete”, beskrevs ett behov av en tydlig organisationsstruktur. Områden som lyftes var remissförfarande, arbetsbeskrivningar, resurser i form av tid och flexibilitet samt skriftlig information. Vidare beskrev de sitt arbete som självständigt och ansvarsfullt. Nästa kategori var ”Hjärtsviktsmottagningar är beroende av kompetens och teamarbete” där teamet lyftes som särskilt betydelsefullt. Sjuksköterskorna framhöll tillit, trygghet och respekt som goda egenskaper i teamsamarbetet och att de då kunde generera detsamma till patienterna. Vidare var deras erfarenheter att de var beroende av en bredare och fördjupad kompetens och att den behövde fyllas på vartefter. I den sista kategorin, ”Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet”, framstod tydligast att sjuksköterskorna arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, utan att alltid vara medvetna om det. Syftet var att skapa relation för att få patienterna delaktiga i egenvård och behandling.

Slutsatsen blev att sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar är ett självständigt och ansvarsfullt arbete. En tydlig organisation är en förutsättning för att sjuksköterskorna ska kunna utföra en god omvårdnad på hjärtsviktsmottagningar och därmed kunna förbättra patienternas livssituation. Arbetet krävde även en bred och fördjupad kompetens, både vad gäller medicinsk kunskap och samtalsteknik, liksom ett väl fungerande teamsamarbete. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att skapa relationer med patienterna för att få dem mer delaktiga i sin behandling och egenvård, vilket enligt deras erfarenhet var nyckeln till framgång på hjärtsviktsmottagningar.

Nyckelord: hjärtsviktsmottagningar, organisation, kompetens, personcentrerad vård, samverkan i team

ABSTRACT

Heart failure is a diagnosis, which affect more and more people along with an ageing population and a lifelong condition. Since the treatment of heart failure today is effective and may affect morbidity and quality of life in a positive way, patients with symptoms and/or clinical signs of heart failure should be identified and investigated. The treatment, which is pharmacological and non-pharmacological along with self-care, requires good compliance from the patients. Sweden is, with their heart failure out-patient clinics, the leading country in the world in terms of follow-up of patients with heart failure. This has contributed to improve the life situation of these patients in terms of lower morbidity, better self-care and they have reduced number of days at hospital and re-admissions. Due to the expected increase of patient with heart failure this organization may need to be expanded. Together with the new Patient Act, that emphasizes accessibility, information, consent, participation, continuity, individual planning and the nurse's six core competencies, this places high demands on nurses working in heart failure out-patient clinics. The knowledge of their experience appears to be limited and it is interesting to search for them in the face of the challenges of the future care of these patients.

The aim of the study was to illuminate nurses' experiences of working in heart failure out-patient clinics.

The method used was qualitative and the design was an interview study. Data were collected through interviews in which six nurses, working in heart failure out-patient clinics, were interviewed, using a semi-structured interview guide. The collected data were analyzed with manifest content analysis.

In the result the nurses' experiences appeared in three categories. In the first category, "Organization is a prerequisite for an independent and responsible work", there was a need of a clear organization structure. Areas highlighted were the consultation, work descriptions, resources in terms of time and flexibility as well as written information. Furthermore, they described their work as independent and responsible. The next category was "Heart failure out-patients clinics are dependent on skills and team work" where the teamwork was highlighted as particularly significant. The nurses stressed the importance of trust, confidence and respect within the team and that it often generated the same towards the patients. Furthermore, their experience was that they were dependent on having a broader and more advanced knowledge and that they need to keep on learning more. The final category was "Important factors in the meeting to create the relationship and participation" where the most important was to work from a person-centered approach, without always being aware of it, in order to create relationship to get patients more involved in their treatment and self-care.

The conclusion was that nurses' experience of working in heart failure out-patient clinics is an independent and responsible work. A clear organization structure is a prerequisite for being successful in good nursing care of patients with heart failure to improve their life situation. The work also required a broad and in-depth expertise in both medicine and counseling skills as well as an effective team collaboration. The nurses described the importance of creating relationships with their patients in order to get them more involved in their treatment and self-care, which according to them is the secret of success in heart failure out-patient clinics.

Keywords: heart failure out-patient clinics, organization, competence, person-centered care, teamwork.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt.....	1
Att leva med hjärtsvikt.....	6
Sjuksköterskans sex kärnkompetenser som teoretisk utgångspunkt.....	6
Hjärtsviktsmottagning.....	8
Problemformulering.....	9
SYFTE	9
METOD	9
Ansats.....	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys.....	11
Forskningsetiska övervägande.....	13
RESULTAT	14
Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete.....	14
Hjärtsviktsmottagning är beroende av kompetens och teamarbete.....	16
Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet.....	18
DISKUSSION	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	25
Slutsats.....	29
Klinisk tillämpbarhet.....	29
REFERENSER	30

Bilaga 1 - Intervjuguide

Bilaga 2 - Forskningspersonsinformation

INLEDNING

Författarna till föreliggande studie arbetar båda inom den svenska hjärtsjukvården, i olika delar av landet. I vårt arbete träffar vi dagligen patienter med hjärtsvikt som är i behov av noggrann uppföljning efter utskrivning från sjukhuset. För detta finns särskilda hjärtsviktsmottagningar, både inom landsting och i primärvård, där fokus läggs på att informera och undervisa patienter och deras anhöriga (Persson & Eriksson, 2014). Det är sjuksköterskans uppgift att se till att patienterna har förstått och kunnat tillgodogöra sig informationen (Socialstyrelsen, 2015). När patienterna besitter kunskap kring sitt tillstånd och vikten av god egenvård och behandling kan detta bidra till ett ökat engagemang och leda till framgång i omhändertagandet (Adib-Hajbaghery, Maghaminejad och Abbasi, 2013).

Sverige har länge varit ledande i Europa med sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar (Strömberg et al, 2003). Då antalet patienter med hjärtsvikt tenderar att öka i takt med en åldrande befolkning kan antalet hjärtsviktsmottagningar behöva utökas och fler sjuksköterskor behöver utbildas inom området. För detta finns det olika kortare kurser med inriktning på hjärtsvikt och en specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning hjärtsjukvård.

Under en föreläsning om hjärtsvikt, på Sophiahemmet Högskola, väcktes författarnas intresse av att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) drabbas cirka två procent av befolkningen årligen av hjärtsvikt. Prevalensen stiger hos personer 80 år och äldre till över tio procent, men det är svårt att redovisa en exakt siffra då det inte finns helt tydliga definitioner på hjärtsvikt. Enligt Wikström (2014) är den globala siffran för närvarande 23 miljoner och ungefär var femte person beräknas att drabbas av hjärtsvikt i takt med att befolkningen blir allt äldre.

Hjärtsvikt är ofta ett livslångt tillstånd och påverkar även andra organ än hjärtat. Påverkan på hjärnan och skelettmuskulaturen kan medföra ökad trötthet samt nedsatt kognitiv funktion och förvirring med nedsatt livskvalitet som påföljd. Njurarna kan påverkas i form av en nedsatt funktion. Det är inte ovanligt att patienter med hjärtsvikt får behov av vård inlagda på sjukhus (Socialstyrelsen, 2015).

Persson och Eriksson (2013) menar att kriterierna för hjärtsvikt baseras på om hjärtats ejektionsfraktion (EF) är nedsatt eller inte. De kriterier som används i dag är hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (EF <40%) och hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmfunktion (EF >40-45%). Andra uttryck som används mer och mer är Heart Failure with reduced Ejection Fraction (HFrEF) och Heart Failure with preserved Ejection Fraction (HFpEF) (Sanderson, 2014). McMurray et al. (2012) poängterar att hjärtsvikt inte är en sjukdom, utan ett tillstånd som omfattar såväl typiska symptom som kliniska tecken och objektiva fynd. Symtom som andnöd (i vila, aktivitet och i liggande), försämrad kondition, bensvullnad och trötthet kan beskrivas som typiska symptom, medan takykardi, takypné, lunggrassel, halsvenstas, pleuravätska och perifera ödem kan tolkas som typiska tecken. Objektiva fynd på hjärtsvikt kan vara förhöjd koncentration av natriuretiska

peptider (BNP/NT-proBNP) och patologiskt fynd på ekokardiografi. Tillståndet beror på en abnormitet i hjärtats struktur eller funktion. Enligt Vasko (2013) orsakar hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom tillsammans ca 75 procent av all hjärtsvikt i Sverige. Det finns flera olika anledningar till hjärtsvikt och de varierar i olika delar av världen. Åtminstone hälften av alla patienter med hjärtsvikt har ett lågt EF.

Hjärtsvikt delas in i olika klasser beroende på hur allvarliga symtom en patient har. Det vanligaste och mest använda klassifikationssystemet är New York Heart Association (NYHA). Se tabell nedan. Vilken av klasserna en patient klassificeras till bedöms utifrån symtom på trötthet och andfåddhet. (ESC, 2015).

NYHA-klasser:

NYHA I	Hjärtsjukdom utan symtom.
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast vid fysisk aktivitet med mer än måttlig grad.
NYHA III	Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Klassen kan delas upp i IIIa och IIIb beroende på om patienten klarar av att gå > 200 m på plan mark utan besvär eller inte.
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila eller minimal ansträngning. Patienten är ofta bunden till säng eller stol.

I västvärlden är hjärtsvikt, hos patienten över 65 år, en av de främsta anledningarna till att en person behöver vård inneiggande på sjukhus. Med rätt behandling kan patientens situation avsevärt förbättras och vård på sjukhus förhindras (Persson & Eriksson, 2014). En studie från 2013 visade att patienter med hjärtsvikt, jämfört med de utan hjärtsvikt, oftare drabbades av infektioner och var i samband med det i behov av att vårdas på sjukhus. Mortaliteten för dessa patienter var högre (Alon, Stein, Korenfeld, & Fuchs, 2013). Den vanligaste dödsorsaken i dag är sjukdomar i hjärta och kärl och dödligheten för patienter med hjärtsvikt ökar i takt med att tillståndet progredierar. Bland patienter med långt gången hjärtsvikt är mortaliteten så hög som upp till 50 procent inom en 5-årsperiod (Dahlström, 2010; McMurray et al., 2012). Prognosen för patienter med hjärtsvikt är sämre än för de flesta patienter med cancer och trots det är omhändertagandet av patienter med hjärtsvikt eftersatt. Många patienter lider i onödan då de inte får optimal behandling, enligt Persson och Eriksson (2013).

Utredning

Att ställa diagnosen hjärtsvikt kan vara svårt, speciellt i ett tidigt stadium. Det är viktigt med en noggrann anamnes av patientens sjukdomshistoria, då det är sällsynt med hjärtsvikt som inte föregåtts av någon form av hjärtskada, t ex hjärtinfarkt. Vid misstanke om, och för att säkerställa diagnosen hjärtsvikt, krävs en grundlig utredning. När diagnosen är ställd, är det viktigt att försöka identifiera den bakomliggande orsaken till hjärtsvikten.

Eftersom behandlingen för hjärtsvikt idag är effektiv och kan påverka sjukligheten positivt, bör personer med symtom och/eller kliniska tecken identifieras och utredas. ESC (2015) rekommenderar i sina riktlinjer att starta utredningen med elektrokardiogram (EKG) och/eller BNP/NT-proBNP. Om någon av dessa, eller båda, är normala kan diagnosen

hjärtsvikt i regel uteslutas. Vid patologiska fynd fortsätter utredningen med ekokardiografi (EKO) för att verifiera eller utesluta hjärtsvikt. Är vänsterkammarmfunktionen nedsatt är diagnosen klar. Om vänsterkammarmfunktionen är normal, kan andra tecken i en EKO-undersökning, som ökat fyllnadstryck i vänster förmak och förstorat vänster förmak, tyda på hjärtsvikt liksom förhöjt BNP/NT-proBNP. Målet är att säkerställa hjärtsvikt eller att hitta en annan orsak till patientens symtom. Tänkbara differentialdiagnoser kan vara lungsjukdom (KOL), övervikt, venös insufficiens, lungemboli, sömnapné, anemi och tyreoidesjukdom (Persson & Eriksson, 2014).

Det är ganska osannolikt att patienter med akut hjärtsvikt uppvisar normalt EKG. EKG visar hjärtas rytm tillsammans med den elektriska ledningsförmågan, men även sjukdomar i sinusknuta eller AV-nod, AV-block eller onormal intraventrikulär överledning. EKG kan också påvisa vänsterkammarmhypertrofi eller Q-våg, som är ett tecken på förlorad muskelmassa och kan förklara diagnosen hjärtsvikt. EKO ger svar på hjärtats helhetsfunktion (den systoliska funktionen), hur klaffarna i hjärtat arbetar och hur hjärtats hålrum ser ut. Informationen som framkommer är viktig inför valet av lämplig läkemedelsbehandling. Vidare i utredningen kan koncentrationen av BNP/NT-proBNP i blodet mätas. Denna koncentration stiger när hjärtat är skadat eller belastningen på hjärtat ökat i samband med exempelvis FF, lungemboli eller sjukdomar som inte rör hjärta och kärl. Lungröntgen kan utföras i differentialdiagnostiskt syfte. Som tillägg till de vanligaste biokemiska markörerna och hematologiska testerna kan det vara bra att mäta TSH, blodsocker och leverenzym. Leverenzym är speciellt viktiga vid insättning av vissa läkemedel (ESC, 2012).

Farmakologisk behandling

Behandling av hjärtsvikt bör i första hand inrikta sig till att behandla och förebygga sjukdomar som leder till att hjärtsvikt uppstår, såsom t ex hypertoni, diabetes, klafffel, kranskärslsjukdom och eventuell överkonsumtion av alkohol, för att sedan förebygga progression som leder till symtomgivande hjärtsvikt. Även att öka överlevnad och bibehålla och/eller förbättra livskvaliteten är en viktig del av behandlingsmålen vid etablerad hjärtsvikt (ESC, 2012).

Den farmakologiska behandlingen av hjärtsvikt styrs av vilken NYHA-klass patienten tillhör och inriktas på att behandla de bakomliggande orsakerna till hjärtsvikt. Behandlingen i kombination med insättande av hjärtsviktsbehandling sker inledningsvis bäst med hjälp av täta besök på hjärtsviktsmottagning (Andersson, 2016). Socialstyrelsen (2015) anser att det finns gott om vetenskapligt stöd för läkemedelsbehandling vid HFrEF, men att det saknas för läkemedelsbehandling av HFpEF. De läkemedel som ingår i basbehandlingen av hjärtsvikt är angiotensinkonverterande enzymhämmare (ACEI) eller angiotensinreceptor blockerare (ARB), betablockerare och mineralokortikoidreceptor antagonist (MRA). Vid behov erhåller patienterna även diuretika. Denna behandling har visat en tydlig förbättring hos patienterna avseende morbiditet, mortalitet och förbättrad livskvalitet, enligt Persson och Eriksson (2014). Trots detta visar forskning på att många patienter inte är följsamma till sin läkemedelsbehandling och att upp till 70 procent av patienterna inte tar sina läkemedel på ett korrekt sätt (Kripalani et. al., 2015).

Behandling med ACE-hämmare inleds i lågdos och titreras långsamt upp till måldos. ARB används endast då patienten inte tål ACE-hämmare. Insättning av betablockerare sker även det i lågdos med en långsam upptrappning, ibland under flera månader. Vätskedrivande läkemedel, Furosemid, används med flexibilitet och i syfte att symtomlindra vid tecken till övervätskning och ödem. Det bör användas sparsamt och i lägsta möjliga dos. Vid

njursvikt kan dosen behöva ökas. Vid vätskedrivande behandling bör patienterna uppmuntras och utbildas i att regelbundet väga sig själv, iaktta ödem och/eller andra symtom som tyder på vätskeretention och utifrån detta kunna reglera dosen. En viktig del, för att se att patienterna svarar på behandlingen, är att ha kontroll på symtom och tecken på utebliven förbättring och/eller försämring. Om förbättring uteblir, kan det finnas behov av tilläggsbehandling. En försämring i symtom kan tyda på allvarlig utveckling av tillståndet och kan kräva akut vård på sjukhus (ECS, 2012).

Icke-farmakologisk behandling

Den icke farmakologiska behandlingen kompletterar den farmakologiska och är hörnstenar i behandlingen av hjärtsvikt. För patienter med grav hjärtsvikt, där farmakologisk behandling inte längre har önskad effekt, finns möjlighet till icke farmakologisk behandling som kan bestå av olika tekniska terapier. En biventrikulär-/resynkroniserings-pacemaker (CRT-P), kan användas när överföringen av elektriska impulser mellan höger och vänster sida av hjärtat är fördröjd och ger upphov till så kallad dyssynkroni i kontraktionerna. Förutom att lägga in elektroder i höger förmak och kammare som vid vanlig pacemaker, kan även en elektrod läggas in i hjärtvenen (sinus coronarius) som går på utsidan av vänster kammare och på så sätt få höger och vänster kammare att arbeta synkront igen och bidra till en bättre pumpförmåga (Johansson, 2015). Cleland et al. (2005) har visat att en CRT förbättrar symtom och livskvalitet samt minskar komplikationer och mortalitet. Patienter med hjärtsvikt remitteras enligt vissa riktlinjer från ESC (2012) för bedömning om de kan ha nytta av en CRT-P. Den kan vid behov även kombineras med en implanterbar defibrillator (ICD) och kallas då CRT-D. En ICD rekommenderas till patienter med hjärtsvikt, enligt riktlinjer från ESC (2012), vid NYHA-klass II-III och EF som är lika med eller under 35 procent, i primärprofylaktiskt syfte. För patienter, där denna behandling inte har önskad effekt eller vid akut hjärtsvikt, finns även mekaniska pumpar, som stöd till vänster, höger eller båda kamrarna. Exempel på sådana är extrakorporeal membranoxygnering (ECMO) och vänsterkammarstöd (LVAD) som oftast används i väntan på hjärttransplantation (Persson & Eriksson, 2014).

Egenvård

För att behandlingen vid hjärtsvikt ska bli så effektiv som möjligt, behöver patienterna vara välinformerade, följa behandlingen, väga sig regelbundet och ha möjlighet att kunna hantera sina vätskedrivande läkemedel. Detta är en flexibel behandling som kräver att patienten har kunskap i området och en god egenvård. För att klara detta behöver patienter och närstående undervisning i vad hjärtsvikt innebär, hur levnadsvanor påverkar och hur de själva kan lära sig att känna igen symtom och tecken på försämring i tillståndet (Lainscak et al., 2011). Kripalani et. Al (2015) hävdar att upp till 70 procent av patienterna inte sköter egenvården på ett tillfredsställande sätt.

Enligt Socialstyrelsen (2015) är det sjuksköterskans uppgift att försäkra sig om att patienterna förstått och kunnat ta till sig informationen vilket, Adib-Hajbaghery, Maghaminejad och Abbasi (2013) också poängterar, kan ge ökade kunskaper kring egenvårdens och behandlingens betydelse och därmed bidra till ett ökat engagemang hos patienten. Med anledning av det, läggs fokus på information och undervisning i omhändertagandet av dessa patienter och utförs med fördel på särskilda hjärtsviktsmottagningar (Persson & Eriksson, 2014).

Egenvård kan, enligt Persson & Eriksson (2014), bestå av att ändra levnadsvanor och för detta kan patienter med hjärtsvikt behöva stöd och hjälp av en sjuksköterska på en hjärtsviktsmottagning. O'Connor et al. (2009) har visat att motion har positiva effekter för

dessa patienter, vilket inte är så lätt för dem att utföra då orkeslöshet och trötthet ofta är framträdande symtom. Vid, framför allt, ischemisk orsak till hjärtsvikt, är det av stor vikt att patienterna slutar röka, vilket kan vara en utmaning för de flesta. En annan utmaning är för dem med alkoholrelaterad hjärtsvikt, som helt ska avstå från alkohol, vilket är en del av behandlingen. För alla patienter med hjärtsvikt gäller ett begränsat intag av alkohol. Patienter i NYHA-klass III eller IV kan behöva begränsa sitt saltintag och rekommenderas max 5 gram per dag. I egenvård vid hjärtsvikt ingår också att kontrollera vätskebalansen, med ett begränsat vätskeintag på max 1,5 – 2 liter per dygn, vilket kan upplevas plågsamt, då törst ofta är ett besvärande symtom. Här ingår även regelbunden viktkontroll samt att ge akt på symtom som svullna anklar/underben, utspänd buk eller ökade andningsbesvär, för att kontrollera att vätska inte ansamlas i kroppen. En viktig information till patienter med hjärtsvikt är att om de ökar i vikt mer än två kilo på tre dagar eller uppmärksammar tecken på vätskeansamling i kroppen, kan de själva öka vätskedrivande läkemedel under en tid för att öka diuresen och minska vätskeansamlingen. Om det inte hjälper uppmanas de att ta kontakt med sin sjuksköterska eller läkare. Andra rekommendationer som kan bidra till mindre symtom är att sova med höjd huvudända vid andningsbesvär nattetid, lägga upp ben som lätt svullnar i högläge när de sitter och/eller att ha en kudde under benen på natten. För att minska på sjuklighet rekommenderas vaccination mot influensa och pneumokocker. Likaså att använda paracetamol vid tillfällig smärta istället för NSAID-preparat, då de kan förvärra hjärtsvikten (Persson & Eriksson, 2014).

Kognitiv funktionsnedsättning

Patienter med hjärtsvikt, speciellt äldre personer, tenderar att även få problem med kognitiv nedsättning. Kognitiv nedsättning är ett allomfattande uttryck som beskriver problem med minne, inlärning, koncentration och beslutsfattande. Utbredningen av kognitiv nedsättning är hög hos patienter med hjärtsvikt och kan leda till sämre följsamhet när det gäller läkemedel (Hawkins et al., 2012) Annat som kan ses är minskad mängd daglig aktivitet (Alosco et al., 2012) och försämring i egenvården (Cameron et al., 2010).

Enligt Butts och Gary (2015) är hjärtsvikt den enda kardiovaskulära sjukdom som ökar epidemiartat. Till största delen beror detta på en allt högre medelålder och framgångar i behandling av sjukdomar. Eftersom hjärtsvikt till största delen är ett kardiogeriatriskt tillstånd, är åldersrelaterade syndrom såsom svaghet och kognitiv nedsättning vanliga hos personer med hjärtsvikt. Jämfört med personer i samma ålder, löper patienter med hjärtsvikt fyra till sex gånger högre risk att utveckla svaghet och/eller kognitiv nedsättning. Detta kan förvärra symtom, försämra egenvård och leda till sämre livskvalitet. Trots den höga förekomsten av svaghet och kognitiv nedsättning hos patienter med hjärtsvikt, är inte dessa förhållanden rutinmässigt screenade för klinisk praxis och det saknas optimala strategier för bedömning.

Butts och Gary (2015) beskriver att den kognitiva funktionen hos patienter med hjärtsvikt regelbundet bör utvärderas, när de får sin diagnos, när det sker förändringar i behandlingen och vid försämring i hjärtsvikten, eftersom dessa händelser ofta sker före kognitiva förändringar. Att utvärdera svagheter i den kognitiva funktionen är också av största vikt när det ska fattas beslut ifall patienter med hjärtsvikt kan tolerera andra avancerade terapier såsom exempelvis ICD, CRT eller LVAD.

Riktlinjerna för hjärtsviktsvård rekommenderar screening för kognitiv nedsättning, men beskriver inte på vilket sätt detta ska utföras. Mini-Cog är ett test som tagits fram för att klassificera demens (Lindenfeld et al., 2010) och utifrån dessa fynd har forskare godkänt Mini-Cog som ett verktyg för att påvisa signifikant kognitiv nedsättning. Mini-Cog visar

på kognitiva domäner som exekutiva funktioner och minne, som förmodligen är viktiga för den rutinmässiga egenvården hos personer med hjärtsvikt (Borson, Scanlan, Watanabe, Tu, & Lessig, 2005). Genom att tidigt identifiera nedsatt kognitiv funktion vid hjärtsvikt, menar Butts och Gary (2015) att det går att minska risken för försämrade egenvård genom att förenkla läkemedelsbehandlingen och/eller tillhandahålla de resurser som krävs för en optimal hjärtsviktsbehandling.

Att leva med hjärtsvikt

Moser et al. (2014) lyfte att patienters upplevelser av symtom kan vara diffusa och svåra att sätta i samband med hjärtsvikt eller försämring av hjärtsvikt. Vidare kom de fram till att symtomen är likvärdiga över hela världen, i olika kulturer och att det går att dela upp symtomen i två grupper. En grupp med fysiska symtom, som dyspné, svårigheter att gå, trötthet med ökat behov att vila och trötthet med låg energi. I den andra gruppen hittades mentala och/eller kognitiva symtom, som oro, känsla av nedstämdhet och nedsatt kognition. De påpekade att om dessa symtom uppmärksammas i tid, av patienter, närstående, likväl som vårdgivare, kan åtgärder sättas in för att minska behovet av sjukhusvård.

Patienter med hjärtsvikt upplevde oftare en bristande fysisk förmåga, med en känsla av orkeslöshet som påverkade hela kroppen och livskvaliteten och att detta var ett utmärkande symtom, enligt Hägglund, Boman, Olofsson och Brulin (2007). Patienternas upplevelse var att "kroppen inte orkar det som huvudet vill" vilket gav en sämre fysisk livskvalitet. Hägglund et al. (2007) poängterade vikten av att vårdgivare urskilde den enskildes symtom och dess betydelse för dennes livskvalitet, för att kunna vidta adekvata åtgärder.

Det medför ofta drastiska förändringar för både patienterna och deras livspartner att drabbas av hjärtsvikt, enligt Luttik, Blaauwbroek, Dijker och Jaarsma (2007). Det dagliga livet med arbete och fritid liksom relationer påverkades på olika sätt. Känslor som rädsla och oro för sig själv eller sin partner och hur livet skulle se sig framöver var vanliga, men också att positiva förändringar kunde uppstå, som en fördjupad relation i en tvåsamhet, och en ökad känsla av lojalitet, en starkare vi-känsla.

Mårtensson, Dracup, Canary och Fridlund (2003) såg att patienter med hjärtsvikt hade en sämre livskvalitet och var nedstämda eller deprimerade i större utsträckning än friska grupper. Den fysiska förmågan eller orken verkade vara kopplad till graden av depression och sjuksköterskor bör därför uppmuntra till mer fysisk aktivitet och träning. Det skulle också kunna vara ett sätt för vårdgivare att uppmärksamma om patienterna löper ökad risk för depression, när/om den fysiska förmågan försämras.

Att närstående spelade en stor roll i egenvården av patienter med hjärtsvikt framkom i en studie av Mårtensson et al. (2003). De lyfte vikten av att inkludera även närstående i möten med vårdgivare, när det gällde planering, information och även de närståendes behov. Patienter med avancerad hjärtsvikt var än mer beroende av sina närstående och de mätte ofta dåligt av hela situationen. Dracup et al. (2004) föreslog därför att vårdgivare behövde identifiera närståendes känslomässiga tillstånd, för att ha möjlighet att bistå på bästa sätt.

Sjuksköterskans sex kärnkompetenser som teoretisk utgångspunkt

För att sjuksköterskor ska kunna möta framtidens utmaningar inom sjukvården har Institute of Medicine [IOM] (2001) utformat sex kärnkompetenser med avsikt att förebygga att fel begås och minska vårdlidande samt förbättra kvaliteten och säkerheten i vården. De sex

kärnkompetenserna är säker vård, evidensbaserad vård, informatik, förbättringskunskap, samverkan i team och patientcentrerad vård. Svensk Sjuksköterskeförening har valt att använda begreppet personcentrerad vård. Dessa ligger också i linje med nya patientlagen (SFS, 2014:821) där tillgänglighet, information, samtycke, kontinuitet och individuell planering framhålls.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård definieras av IOM (2001) som att man ”ger vård som är respektfull och lyhörd för den enskilde patientens önskemål, behov och värderingar och som ser till att patientens värderingar styr alla kliniska beslut”.

Enligt Kristensson Ugglå (2014) är det ett mer jämlikt förhållande mellan vårdare och patient och som bygger på tre hörnstenar; patientberättelse, partnerskap och dokumentation, där alla delar ömsesidigt förstärker varandra. Ekman, Norberg och Swedberg (2014) menar att patienten är expert på sin upplevelse och sin kropp, och vårdprofessionerna är experter på sina områden och tillsammans bildar de ett team som kommer överens om en hälsoplan som dokumenteras.

Det personcentrerade samtalet bygger enligt Fors (2014) på att lyssna in patientens berättelse och identifiera vem hen är. Målet är att identifiera livskraft och resurser för att skapa förutsättningar för exempelvis livsstilsförändring, egenvård och/eller följsamhet till medicinering. Det är mer ett förhållningssätt än en samtals teknik.

Ulin, Malm och Nygardh (2015) visade på fördelar med personcentrerad vård vid hjärtsvikt, bl.a. förbättrad livskvalitet, egenvård, fysisk och psykisk hälsa, större känsla av värdighet och minskad symtombörda. Personcentrerad vård lyftes fram av Ulin et al. (2015) som en viktig och betydelsefull metod i framtidens sjukvård.

Säker vård

Säker vård borde vara en självklarhet i sjukvården i dag. Ändå hävdar IOM (2001) att 98 000 människor årligen dör till följd av vårdskador som skulle ha kunnat förhindras. Sherwood och Barnsteiner (2013) menar att många sjuksköterskor årligen klandras för dessa vårdskador trots att de inte är ansvariga för, eller ens alltid medvetna om, de risker som finns och som orsakas av komplexa system. För att förbättra säkerhetskulturen i vården arbetas det i dag mycket på att minimera skadorna och det som prioriteras är bl.a. teamarbete, öppenhet/transparens, ansvarstagande och patientengagemang.

Evidensbaserad vård

Förutom att använda sig av bästa tillgängliga evidens, handlar evidensbaserad vård, enligt Sherwood och Barnsteiner (2013), även om att ta hänsyn till patientens önskemål och värderingar samt vårdpersonalens kliniska bedömningar och expertkunskaper. Endast 15 procent av vården som bedrivs i dag bedöms drivas evidensbaserat och att det finns ett stort behov av forskning och implementering inom området. Svensk sjuksköterskeförening (2016) framhäver att sjuksköterskor har ansvar att tillämpa evidensbaserad vård för att kunna garantera att patienterna får omvårdnad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att de ska hålla sig uppdaterade med kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde, vilket är en utmaning på grund av den snabba kunskapsutvecklingen inom omvårdnad och medicin. Det krävs även goda vetenskapliga kunskaper för att följa kunskapsutvecklingen och arbeta evidensbaserat. Med anledning av det anser Svensk sjuksköterskeförening (2016) att det behövs fler specialistutbildade sjuksköterskor med

magister-, master- och doktorsexamen i klinisk verksamhet som kan ta ansvar för utveckling av ett evidensbaserat arbetssätt och en mer kunskapsbaserad omvårdnad.

Informatik

Informatik beskrivs av Svensk sjuksköterskeförening (2016) som läran om informationsbehandling och handlar om insamling, lagring, analys, representation, presentation, överföring och kommunikation av data och information. Det sker ofta med stöd av informationsteknologi för att kunna underlätta och ett exempel på det är när sjuksköterskor dokumenterar omvårdnadsprocessen i datapatientjournalen. Andra användningsområden är planering och uppföljning, utredning, behandling och kommunikation. Tekniken utvecklas mer och mer för att stödja både vårdpersonal och patienter med syfte att främja hälsa (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Framtidens sjukvård innehåller utmaningar och det är en förhoppning att med teknikens hjälp kunna anta dessa utmaningar. Ett sätt är genom begreppet eHälsa som innefattar bland annat mobiltelefoner, datorer och internet och gör det möjligt att komplettera och vidareutveckla traditionella vårdformer och arbetssätt, till exempel genom att kunna ersätta fysiska möten med virtuella möten. Detta förväntas påverka och förändra de roller som tidigare varit etablerade mellan personal inom vården, enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016).

Förbättringskunskap

Sjuksköterskor har en viktig uppgift i att förbättra kvaliteten i omvårdnaden då de har ett ansvar att ge en god vård. För att göra detta krävs förbättringskunskap, där den grundläggande processen är att planera, göra, studera och agera. Att identifiera problem och dess orsaker och att identifiera metoder för att testa möjliga lösningar ger sjuksköterskor möjlighet att utveckla och förbättra kvaliteten i omvårdnaden (Sherwood & Barnsteiner, 2013).

Samverkan i team

Teamarbete är av vikt för att uppnå ett utbyte av kunskap och erfarenhet mellan teammedlemmarna. Teamet kan bestå av två eller flera personer av samma eller olika professioner, ibland kan även patienterna själva ingå. Syftet är att delge varandra stöd, enighet och kunskap kring vården före, under och/eller efter behandling av patienter, vilket berikar arbetet och ger tillfredsställelse till teamet. Det är en nödvändighet med teamarbete i den tilltagande komplexa vården idag, hävdar Sherwood och Barnsteiner (2013). Svensk sjuksköterskeförening (2016) framhåller att det krävs en förtroendegivande och trygg atmosfär i teamarbetet för att möjliggöra en flexibilitet och acceptans för varandras kompetens.

Hjärtsviktsmottagning

Införandet av hjärtviktsmottagningar har, enligt Strömberg et al (2003), bidragit till att livssituationen för patienter med hjärtsvikt har förbättras. Sverige har länge varit ledande i Europa med sjuksköterskeledd patientundervisning och uppföljning. År 1990 startade den första hjärtviktsmottagningen i Europa och det var i Linköping. Sverige är ett föregångsland i världen vad gäller uppföljning av patienter med hjärtsvikt. Strömberg et al. (2003) har visat att uppföljning via hjärtviktsmottagning förbättrar överlevnad och egenvård hos patienter med hjärtsvikt samt minskar antalet händelser, såsom död och återinläggningar samt antalet dagar som patienterna behöver vårdas inneliggande på sjukhus. En orsak var, enligt Strömberg et al (2003), att patienterna hade mer tid att ställa frågor om sitt tillstånd när de besökte en hjärtviktsmottagning. Det var ofta svårt för dem att ta till sig information och de behövde få den upprepad för sig.

Målet med hjärtsviktsmottagningar var att starta behandling av ACE-hämmare och titrera upp den, under två till tre besök (Jaarsma & Strömberg, 2000). Idag innefattas även övriga läkemedel för hjärtsvikt i den rutinen, såsom ARB, betablockad och MRA. Dessutom värderas patienternas symtom och undervisas om hjärtsvikt och egenvård samt får psykosocialt stöd. Wu et al. (2013) framhöll att följsamhet till läkemedel och socialt stöd var av störst betydelse för att minska behov av sjukhusvård och mortalitet. Det fanns enligt Strömberg et al. (2003) en tydlig fördel för de patienter som följdes upp via hjärtsviktsmottagningar än de som följdes upp via geriatrisk mottagning eller hemsjukvård, speciellt när hjärtsviktsmottagningarna leddes av specialistutbildade sjuksköterskor inom området.

Problemformulering

Hjärtsvikt är ett livslångt och allvarligt tillstånd där patienterna är beroende av behandling och egenvård för att minska symtom och förhindra försämring. Patienter med hjärtsvikt ökar liksom behovet att ta hand om dem. Forskning har visat att hjärtsviktsmottagningar i hög grad bidrar till att förbättra situationen för dessa patienter, men även att mer kunskap behövs för att få patienterna följsamma gällande medicinering och egenvård. Det är också känt att patienter med hjärtsvikt många gånger även lider av nedsatt kognition i högre grad än friska personer. Detta kan leda till ett sämre resultat vad gäller följsamhet, vilket måste beaktas. I nya patientlagen framhålls tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, kontinuitet och individuell planering som viktiga delar i vården. Tillsammans med sjuksköterskans sex kärnkompetenser ställer detta höga krav på sjuksköterskor som arbetar på hjärtsviktsmottagningar. Det är rimligt att tro att dessa sjuksköterskor har stor kunskap om god omvårdnad av dessa patienter och därför är det av intresse att belysa deras erfarenheter.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar.

METOD

Ansats och design

Författarna valde en kvalitativ ansats för studien. Polit och Beck (2012) menar att det är en ansats där människans inneboende komplexitet kan belysas och att sanningen går att finna i en komposition av olika människors verkligheter. Fokus i en kvalitativ ansats ligger i att förstå människors erfarenheter, upplevelser och uppfattningar, men belyser även helheten utifrån deras livsvärld. Metoden är flexibel och kan utvecklas vartefter datainsamlingen växer, där analysen ibland fortgår parallellt så att nya insikter och frågor uppstår på vägen. Genom denna process kan det observerade fenomenet belysas. Studiens design var en beskrivande intervjustudie för att få en förståelse för sjuksköterskornas perspektiv, men även för att hitta en mening i deras erfarenheter, enligt Kvale och Brinkmann (2009).

Urval

Sjuksköterskor identifierades som hade ett representativt värde för studien och dess syfte, det vill säga, hade erfarenhet av och ett särskilt intresse av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar. Ett strategiskt urval tillämpades som föreslås av Polit och Beck

(2012), när sjuksköterskor som innehar den efterfrågade erfarenheten söks. Det blev även ett bekvämlighetsurval, då författarna var bosatta i, eller i närheten av, de orterna där hjärtsviktsmottagningarna fanns, vilket Polit och Beck (2012) anser vara av praktisk och ekonomisk betydelse.

Inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet och särskilt intresse av hjärtsviktsmottagningar inom primärvård och på sjukhus. Längden på erfarenhet definierades inte, då bredden av längre och kortare erfarenhet var av intresse för studien. Alla sjuksköterskorna var kvinnor, medianåldern var 45 år och deras erfarenhet av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar varierade mellan tre månader och 15 år.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer. Detta gav sjuksköterskorna möjlighet att använda egna ord och att tala fritt om det ämne som berördes. Författarna kunde, med utgång från intervjuguiden och sin förförståelse, styra frågorna till att beröra det relevanta ämnet (Polit & Beck, 2012). Kvale och Brinkmann (2014) framhåller semistrukturerade intervjuer för att undersöka informanters erfarenheter och livsvärld, sedd utifrån deras synvinkel. Att just samtala med eller intervjuva någon kan leda till en interaktion där kunskap kan uppstå (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2012).

Intervjuguide

En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) utformades med stöd av Polit och Beck (2012), vilket av dem förordas när specifika ämnen behöver täckas in och sonderingsfrågor behöver kunna ställas för att följa upp informantens oförutsägbara svar. Intervjuguiden inspirerades även av Malterud och Midenstrand (2009) som anser att en intervjuguide inte ska vara alltför detaljerad, utan istället uppmana deltagaren att förmedla sina egna erfarenheter. Frågorna som ställdes var öppna frågor om erfarenhet, verksamhet och organisation, där sjuksköterskorna uppmanades att berätta utifrån sin erfarenhet, vilket svarade mot syftet i studien. Sonderingsfrågorna gav även möjlighet att följa upp andra tankegångar som framkom under intervjun. Då fokus i studien var sjuksköterskors erfarenheter gav det dem möjlighet att styra till viss del och tala fritt om sina erfarenheter enligt Polit och Beck (2012). En av författarna utförde en pilotintervju med en sjuksköterska på hjärtsviktsmottagning inom primärvården, för att se om frågorna var enkla att förstå. Intervjun spelades in och lyssnades igenom av båda författarna. Intervjuguiden accepterades därefter utan ändringar, då den ansågs vara relevant för syftet med studien. Pilotintervjun inkluderades i studien.

Genomförande

Verksamhetscheferna på de olika hjärtklinikerna, hjärtsviktsmottagningarna och vårdcentralerna kontaktades via mail med information om att studien planerades och därefter via brev med information om när studien skulle äga rum, vilken personalkategori som skulle intervjuas och för godkännande av studien. Sex sjuksköterskor, som arbetar på olika hjärtsviktsmottagningar i Stockholm och i sydöstra Skåne, kontaktades för att efterhöra om intresse fanns att delta. Sjuksköterskorna var antingen kända av författarna och/eller rekommenderade av kollegor eller verksamhetschefer för sin erfarenhets skull. Samtliga sjuksköterskor valde att delta. Sjuksköterskorna erhöll skriftlig information (bilaga 2) och tider för intervjuerna bokades av respektive författare med de aktuella sjuksköterskorna via mail eller muntligen. Intervjuerna hölls sedan enskilt av författarna på respektive ort och informerats samtycke samlades in i samband med intervjuerna.

Intervjuerna ägde rum på sjuksköterskornas respektive arbetsplats och de flesta i enskilda rum. Intervjun föregicks av lite småprat för att komma i en avslappnad stämning. Kvale och Brinkman (2014) anser att de första minuterna är avgörande i mötet mellan deltagarna för att få sjuksköterskorna villiga att delge sina erfarenheter. Då somliga av sjuksköterskorna var bekanta med författarna framhölls av författarna att de ämnade hålla sig helt neutrala under intervjun, för att påverka så lite som möjligt med sin förförståelse vad gäller kunskap eller personlig kännedom om sjuksköterskan. Under intervjun uppmuntrades sjuksköterskorna att tala fritt om ämnena i den semistrukturerade intervjuguiden och författarna ansträngde sig för att vara lyhörda för att kunna ställa relevanta följdfrågor. Kvale och Brinkman (2014) ser det som en fördel om författaren kan följa sin intuition och koncentrera sig på ämnet, snarare än intervjuguiden. Uppmärksamhet ägnades åt svaren så att ämnen längre ner i intervjuguiden som redan tagits upp under intervjun inte återupprepades (Polit & Beck, 2012). Detta gjorde att alla frågor inte alltid behövde ställas. Tidsåtgång för intervjuerna var mellan 26 och 41 minuter och de spelades in med hjälp av digital inspelningsfunktion på mobiltelefon.

Dataanalys

Författarna använde sig av en kvalitativ innehållsanalys som, enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012), fokuserar på tolkning av texter och mestadels används inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Metoden är applicerbar på olika sorters texter och tolkning av dessa kan ske på olika områden inom forskning. Ansatsen var induktiv, vilket innebär att författarna samlade in information, analyserade den och drog en slutsats av de erfarenheter som framkom. I samband med första intervjun påbörjades också analysen, eftersom det är vanligt att analys och bearbetning av materialet påbörjas samtidigt i kvalitativa studier. Analys av materialet gjordes på manifest nivå och resulterade i kategorier och underkategorier (Polit & Beck, 2012). Graneheim och Lundman (2004) menar att det är textens konkreta och uppenbara innehåll som analyseras och det finns olika sätt att både tolka och beskriva erfarenheter och upplevelser. Vidare menar författarna att det alltid finns en viss del av tolkning i en analys, vilket författarna varit medvetna om, och att det fanns flera möjliga tolkningar som kunde vara giltiga trots att de var olika.

Efter intervjuerna transkriberade författarna, var för sig, texterna från ljudfil till textdokument som sparades på externa minnesenheter. Intervjuerna avidentifierades för att undvika att personer eller arbetsplatser skulle gå att identifiera. Med syftet i fokus, lästes intervjuerna igenom av båda författarna två gånger. Författarna läste sedan igenom intervjuerna var för sig och färgmarkerade, med varsin färg, meningsbärande enheter. Tillsammans läste författarna igenom intervjuerna igen och kondenserade de meningsbärande enheterna och förde in dessa i ett eget dokument. Författarna ägnade mycket tid åt kondenseringen av innehållet för att inte missa viktig information. Efter noggrann analys och många givande diskussioner hos författarna, abstraherades de meningsbärande enheterna till koder, underkategorier och sedan kategorier. Att koda är, enligt Graneheim och Lundman (2004) att sätta en etikett på en meningsbärande enhet.

Exempel på analysarbete:

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag försöker utgå från patientens önskemål och behov eller i alla fall vara väldigt medveten om det. Därför att jag märker att resultaten blir bättre. Och att patienten känner sig delaktig.	Om jag utgår från patientens önskemål märker jag att de känner sig mer delaktiga och det ger bättre resultat.	Personcentrerad vård	Delaktighet	Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet .
De som man märker är lite mer sårbara, de kan behöva lite bättre stöd. Man får en känsla av att det inte kommer att fungera till fullo för den här. De skulle nog vara behjälpliga att man hör av sig efter en vecka och hör efter hur det går med mediciner eller om det vart några problem. Man får en bättre insikt i hur det fungerar för patienten och i så fall vilka problemen är och förebygga besök till akuten.	Det vore bra att göra uppföljning per telefon av de patienter som är lite mer sårbara och de som man får en känsla av att det inte kommer att fungera till fullo för. Det skulle nog förebygga besök till Akuten.	Förbättrat omhändertagande	Organisationsstruktur	Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete.

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Författarna arbetade utifrån att resultatet i studien skulle bli så trovärdigt som möjligt. Begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet kan användas för att beskriva graden av trovärdighet i kvalitativa studier (Graneheim & Lundman, 2004). För att skapa trovärdighet valdes sjuksköterskorna ut med inklusionskriterierna att de skulle ha erfarenhet av yrket och särskilt intresse för att arbeta på hjärtsviktsmottagning. Sjuksköterskorna som valdes ut hade varierad erfarenhet i yrket, vilket ansågs vara av vikt för trovärdigheten. Då författarna hade en förförståelse i ämnet, upplystes de som skulle intervjuas om att författarna skulle hålla sig neutrala i ämnet under intervjuerna för att inte påverka trovärdigheten i resultatet. Det bedömdes av författarna vara tillräckligt att intervju sex sjuksköterskor för att utforska den erfarenhet som eftersöktes. Om materialet inte skulle blivit tillräckligt innehållsrikt fanns beredskap för ytterligare intervjuer. Författarna försökte ha i åtanke att det är viktigt att vara medveten om att intervjuer är en levande process för att skapa tillförlitlighet i resultatet. För att resultatet av studien ska vara möjligt att överföra på en annan grupp, bör studien vara noga planerad och väl utförd (Graneheim & Lundman, 2004).

Forskningsetiska övervägande

Informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och författarnas roll var fyra områden som författarna hade som etiska påminnelser före, under och efter intervjuerna. Någon ansökan om etisk prövning lämnades inte in då det rörde sig om en studie gjord inom högskoleutbildning på avancerad nivå (Vetenskapsrådet, 2015).

Sjuksköterskorna deltog efter informerat samtycke. Det innebär bl.a. i enlighet med Vetenskapsrådets (2015) forskningsetiska principer att de blev skriftligt och muntligt informerade om syftet med, och planeringen av, studien. I samband med att information om studien lämnades ut, erhöll sjuksköterskorna även kontaktuppgifter till författarna. Deltagandet var frivilligt och deltagarna informerades om att de hade rätt att dra sig ur studien när som helst. Deltagarna skrev under ett informerat samtycke, som författarna erhöll i samband med intervjuerna.

Eventuella konsekvenser, som för- och/eller nackdelar med att delta i studien, övervägdes noga före intervjuerna, samt att intervjumaterialet behandlades konfidentiellt. I detta fall har intervjuerna bevarats på författarnas telefoner som varit låsta med kod för andra än ägarna. Ingen, förutom författarna, visste att intervjuerna fanns inspelade på telefonerna och inga personuppgifter fanns att tillgå. De transkriberade intervjuerna var helt oidentifierade och raderades efter att de transkriberats till text.

Att författarna var personligt bekanta med några av sjuksköterskorna och hur detta skulle påverka rollerna som sjuksköterska och intervjuare togs i beaktande. Ytterligare överväganden var makt- och beroendeställning åt båda hållen, som att sjuksköterskan kunde förledas till att avslöja saker som hen inte tänkt och därför kunde komma att ångra sig i efterhand. Författarna å andra sidan skulle ha kunnat, i det nära samspelet, tappa sin professionella hållning och låtit sig förföras till att se på det som framkommer endast ur sjuksköterskans synvinkel (Kvale & Brinkmann, 2014).

Sjuksköterskorna som deltagit i studien har, med stöd från Vetenskapsrådets nyttjandekrav (2015), rätt att få ta del av resultatet för sin egen del, men det får inte användas mot deras vilja av t ex sociala myndigheter. Samtliga deltagare har erbjudits att få ta del av den färdiga uppsatsen.

RESULTAT

Resultatet presenteras i tre kategorier som i sin tur grundar sig på sex underkategorier, enligt tabellen nedan.

Underkategorier	Kategorier
Organisationsstruktur Självständigt och ansvarsfullt arbete	Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete
Behov av kompetens Teamets betydelse	Hjärtsviktsmottagningar är beroende av kompetens och teamarbete
Skapa relation Delaktighet	Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet

Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete

Sjuksköterskorna beskrev sitt arbete som självständigt och ansvarsfullt och att de var beroende av en tydlig organisation för att utföra kunna utföra det på ett bra sätt, oavsett om det var i primärvården eller på sjukhus.

Organisationsstruktur

Organisationen av hjärtsviktsmottagningar såg olika ut på sjukhus och i primärvård. De flesta sjuksköterskor hade önskemål om mer tydlighet i organisationen av mottagningarna. Det kunde handla om remissförfarandet, där några mottagningar hade pappersremisser, några hade elektroniska remisser, andra sjuksköterskor fick läsa i journalen. Ytterligare någon fick inga remisser alls utan fick leta efter patienter själv eller upptäckte i andra sammanhang patienter med behov av hjärtsviktsmottagning. Det föreföll inte vara helt spritt till alla berörda parter, att dessa hjärtsviktssjuksköterskor fanns tillgängliga, varken de på sjukhus eller i primärvård. En sjuksköterska berättade att hon tagit över arbetet efter en annan och fick leta i pärmsystem på mottagningen efter patienter att kalla. Remisserna kunde även skrivas otydligt, vilket gav rum för osäkerhet angående ordinationer av läkemedel och aktuella måldoser, samt eventuell uppföljning av patienterna. De flesta sjuksköterskorna efterlyste att få en tydligare remiss från läkare med klara direktiv på vilka läkemedel och måldoser som var aktuella.

”... önskemål om tydlighet av remittent, bra remiss för att jag inte vill vara tveksam.”

Vissa sjuksköterskor beskrev att engagerade läkare, som förespråkade att patienterna skulle gå till hjärtsviktssköterska, var nödvändigt för att hjärtsviktsmottagningen skulle fungera. Det gjorde att arbetet kunde bli personbundet och beroende av läkarens engagemang på vissa ställen. En följd av detta blev att några sjuksköterskors erfarenhet var att patienter med hjärtsvikt hade minskat i antal och att det finns mycket att göra vad gäller omhändertagandet av patienter med hjärtsvikt för sjuksköterskor med utbildning för detta.

”När en kardiolog började på en vårdcentral, sa de till honom att de inte hade så många sviktare, men när han gick igenom journaler, så hade de massor! Folk tänker inte på det... nu har han slutat och ingen har tagit över. Tanken är god, men de måste följas eller att man utbildar distriktssköterskor mer i sviktvård. ... där tror jag man kan göra en stor vinst.”

Att hjärtsviktsmottagningarna har ett stort värde, framför allt för patienter med högre NYHA-klass, var sjuksköterskorna överens om. De framhöll också att det var en stor fördel att ha hjärtsviktsläkare och hjärtsviktsjuksköterskor med specialistkompetens samlade på en och samma mottagning för att ge patienterna möjlighet till en optimal vård.

”Jag tror att det är framtiden att ha hjärtsviktsmottagningar och inte bara lämna över till primärvården, där det är lättare att det missas, de har så mycket... hinner inte med.”

Sjuksköterskornas erfarenhet av att följa upp patienter med hjärtsvikt under en längre tid var att de såg en möjlighet till minskad sjukhusvård, framför allt för de med högre NYHA-klass. För de sjuksköterskor som arbetade på sjukhusen fanns oftast inte tid eller organisation för att följa dessa patienter, vilket de saknade. Flera av sjuksköterskorna önskade att det fanns möjlighet att ha uppföljning via telefonkontakt och att kunna erbjuda mer akuta besök på mottagningen. Det som behövdes för det och efterlystes var lite mer luft i systemet för att kunna göra det där lilla extra för patienterna. Några sjuksköterskor hade öppen telefon, det vill säga att patienterna kunde ringa när som helst och, om de inte fick svar, blev de uppringda samma dag. Tillgängligheten till detta förmodades ge en trygghet och saknades av några som inte hade möjligheten. De beskrev att det upplevdes positivt att kunna säga till patienten att de alltid kan ringa om de undrar något. Det fanns tillfällen då den tilldelade tiden inte räckte till på ett mottagningsbesök för att patienterna skulle kunna ta till sig all information. En del behövde längre och fler besök än vad de hade tilldelats, vilket några av sjuksköterskorna kunde erbjuda, men inte alla.

”Tiden kan vara en faktor, för hur flexibel man än är, så är det så att vissa patienter behöver mera än vad man kan ge, även tidsmässigt, även antal gånger de kan komma. De får ju bara de här upptrappingsgångerna, olika beroende på mediciner och dosökning... kan vara 2-3 ggr... mer är det inte. Men patienterna kan ju fortfarande behöva komma och prata eller mer få mer information... Nej, det gör vi inte. Tyvärr. Det finns för mycket patienter.”

Sjuksköterskorna beskrev att det hände ganska ofta att patienterna inte hade fått korrekt information om varför de blivit kallade till hjärtsviktsmottagningen, vilket hade skett antingen muntligt eller skriftligt i kallelsen. Det kunde påverka patienternas förväntningar på besöket med en sämre inledning på mötet som följd. Flera sjuksköterskor funderade på vikten av att redan på kallelsen informera om varför de kallas till mottagningen.

Självständigt och ansvarsfullt arbete

Sjuksköterskorna beskrev sin erfarenhet av mottagningsarbetet som ett självständigt och ansvarsfullt arbete. Bedömningar av olika parametrar och undersökningar utfördes, som att lyssna på lungor, mäta blodtryck, puls, EKG samt blodprover som vidare skulle följas upp. Vidare genomförde sjuksköterskorna självständiga kliniska bedömningar av patienterna och bildade sig en uppfattning av deras tillstånd redan när de hämtades i väntrummet om hur de mådde, när de gick och hur de andades. Sjuksköterskorna berättade att det inte alltid var helt lätt att göra dessa bedömningar, då många patienter var multisjuka och hade svårt att röra sig av andra skäl än hjärtsvikten, och sjuksköterskorna grundade sin NYHA-klass-

bedömning på hur mycket patienterna orkar röra på sig. Sjuksköterskorna hade också till uppgift att självständigt titrera upp doserna av patienternas läkemedel för hjärtsvikt utifrån de förutbestämda ordinationerna och måldoserna ordinerade av läkare eller enligt en personlig delegering. Sjuksköterskorna fick även självständigt bedöma och boka in hur ofta de ansåg att patienterna behövde komma till mottagningen, beroende på tillstånd, blodprovs-svar och tolerans av läkemedel

” ... för det här är patienterna som man självständigt får ta ett väldigt stort ansvar för, skulle jag vilja säga.”

Sjuksköterskorna lade ner mycket tid och möda på att få patienterna informerade och motiverade att vara följsamma till medicinering och egenvård. Erfarenheten var att patienterna med mest symtom eller högre NYHA-klasser ofta hade större behov av att komma mer frekvent till mottagningen för att få stöd och hjälp och att sjuksköterskornas insatser för den gruppen var störst. De patienter som inte hade så mycket symtom hade mindre behov av stöd. Arbetet på mottagningen ansågs vara viktigt och utmanande med läkaren som stöd i bakgrunden.

”Patienterna lever längre, läggs inte in lika mycket och mår bättre om vi kan hjälpa dem.”

Hjärtsviktsmottagningar är beroende av kompetens och teamarbete

Sjuksköterskornas erfarenhet var att de hade behov av en bred och fördjupad kompetens för att arbeta på en hjärtsviktsmottagning. De nämnde att de förutom medicinsk kunskap också hade behov av samtalsteknik. Eftersom den medicinska utvecklingen går framåt var det önskvärt med fortbildning av olika slag. Ett sätt att fylla på kunskaperna, framhölls vara att arbeta i team, där sjuksköterskorna ansåg att de hade stort utbyte av varandra i teamet och att det i sin tur medförde trygghet till både sjuksköterska och patient.

Behov av kompetens

Sjuksköterskorna betonade vikten av att ha god grund att stå på för att kunna arbeta på en hjärtsviktsmottagning. Det upplevdes vara ansvarsfullt och utmanande rent kunskapsmässigt att möta patienter med hjärtsvikt i den aktuella situationen. Att då ha med sig en grund av bred kompetens och erfarenhet lyftes fram som en förutsättning, samt att ha tillit till sig själv och sin egen kunskap. Kunskapen från grundutbildningen till sjuksköterska ansågs inte räcka, utan att det krävdes en fördjupad kunskap. Några av sjuksköterskorna hade vidareutbildningar, bland annat i hjärtsjukvård och vissa hade andra fristående kurser. De som hade längst utbildning och erfarenhet tenderade att framhålla behovet av mer utbildning och kompetens. Erfarenhet gav också värdefull kunskap och nämndes av någon som det viktigaste i detta sammanhang.

”Det bygger mycket på att man har kunskap och har en tillit till själv och sin egen kunskap. Annars skulle inte hjärtsviktsmottagningarna fungera, om vi fick ta in doktorn till varje patient.”

Förutom att ha en god kunskapsgrund att falla tillbaka på, hävdade sjuksköterskorna att det var viktigt att fortsätta fylla på sin kunskapsbank. De efterlyste alltså någon form av kompetensutveckling för att inte bara förlita sig på det de lärt sig tidigare. De skaffade sig själva en del kunskap via kurser och när nya vårdprogram introducerades, men ansåg att det inte räckte. Det handlade inte bara den medicinska kunskapen, de framhöll även vikten av att kunna hantera en god samtalsteknik för att nå fram till patienterna.

”Annars tycker jag att det borde finnas någon form av kompetensutveckling. Både med samtalsteknik... motivationssamtal, det är ju inte bara medicinska saker... det är ju en människa du har framför dig som du ska försöka få någon form av kontakt med... och som du ska försöka nå i detta sammanhang. Och då vill det till att du både har ett sätt att prata på och ett annat som ger en form av förtroende som gör att patienten vill prata.”

Teamets betydelse

Att arbeta i team på hjärtsviktsmottagningarna betraktades som oerhört viktigt av sjuksköterskorna. Beroende på vilken organisation de tillhörde, kunde teamen bestå av olika medlemmar. Det minsta teamet bestod av en sjuksköterska och en läkare medan de större teamen bestod av flera sjuksköterskor och läkare samt även av sjukgymnast, dietist och kurator. Vissa team hade schemalagda teamträffar där det fanns möjlighet att diskutera olika patientfall och där teammedlemmarna kunde utbyta erfarenheter. Att ha möjlighet till detta uppskattades mycket och genererade ökad kunskap och trygghet. Möjligheten att kunna remittera patienterna till dietist, kurator och sjukgymnast uppskattades mycket och saknades av de som inte hade den möjligheten.

”... det som är riktigt bra nu är våra hjärtsviktsmöten. Med hela teamet med läkare, kurator, sjukgymnast och kollegor kunna ta upp och dela erfarenheter, mediciner, hur andra har gjort, skulle vi öka eller sänka mediciner, ja allt möjligt. Det är enormt lärorikt. Att få den stöttningen, det har gjort det till en bra mottagning. Det ger trygghet och stöd.”

Ett litet, men tillgängligt team var också uppskattat och kunde också generera trygghet och kunskap. Möjlighet till en dialog med en läkare som var engagerad, förklarande och stöttande upplevdes som positivt. Det var tyvärr inte alltid så att teamet fick ta tid och plats på mottagningarna, det fanns ibland inte avsatt tid eller engagemang så att sjuksköterskorna kunde rådfråga någon utan att känna att de störde, vilket upplevdes frustrerande när de var tvungna att störa.

”... när det verkligen behövs, få man knacka på hos någon av läkarna på mottagningen.”

Det gav en trygghet att veta att läkaren lyssnade på sjuksköterskorna och inte bara viftade bort dem utan tog dem på allvar, vilket genererade samma positiva hållning från sjuksköterskorna tillbaka till patienterna. Tillit, trygghet och respekt var positiva egenskaper som även kom patienterna till del.

”Det genererar detsamma som vi ska kunna ge tillbaka till patienten; tillit, trygghet och respekt... att vi inte blir bortviftade, vilket vi också kan ge vidare till patienten; vi lyssnar och viftar inte bort dem.”

Ett område där sjuksköterskorna önskade att teamarbetet behövde utvidgas och utvecklas mer var i samarbetet med olika slags boenden och i hemsjukvården. Det gällde i första hand på hjärtsviktsmottagning i primärvården, men även från sjukhuset fanns dessa önskemål, och då gällde det främst samarbetet kring provtagningar, men även hjälp med läkemedelsdelningar vid ändringar i doseringar. Teamet kring patienterna behöver finnas överallt och ett utökat samarbete skulle troligen underlätta, var sjuksköterskornas erfarenhet.

”... svårt när patienter är på boende eller inom hemsjukvård. ... hör man ibland när jag gör hembesök ”Jaha, vad gör du här?”, man trampar dem lite på tårna... känner att jag behöver följa dem i hemmen också, men ibland undrar sjuksköterskorna vad jag gör där. Stort område att arbeta med patienter i hemmet.”

En hjärtsviktssjuksköterska som arbetade på vårdcentral saknade att ha ett team att samarbeta med. Hon beskrev att hon kände sig ensam i sina beslut och saknade hjärtsviktskompetensen hos läkarna på vårdcentralen.

”Jag får vända mig till allmänläkare eller distriktsläkare.... oftast kommer jag med förslag, så ja, så får man ju se om de köper det.”

Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet

Sjuksköterskorna beskrev att de lade ner mycket möda på att skapa relationer med sina patienter. Deras erfarenhet var att goda relationer hjälpte till att få patienterna mer delaktiga i sin behandling och egenvård. Flera faktorer betonades som viktiga i sjuksköterskornas beskrivningar av hur de skapar relationer med patienterna.

Skapa relation

Sjuksköterskorna på hjärtsviktsmottagningarna föredrog att följa ”sina egna” patienter. Erfarenheten var att det framför allt underlättade deras arbete, det blev lättare att göra rätt bedömningar, men även för att sjuksköterskorna erfor att patienterna kände större trygghet genom kontinuiteten och för att sjuksköterska och patient då fick en chans att lära känna varandra.

”... vi tycker båda att det är lättare om vi får ha kontinuitet och får följa våra egna patienter. Det är lika mycket för vår egen skull som för patienternas”

En god kontinuitet, upplevdes av sjuksköterskorna, kunna främja relationen genom att patienterna då lättare kunde känna tillit och förtroende, så att de vågade ställa frågor och kände sig trygga med att ta sina mediciner. Att patienterna skulle våga lita på dem och känna att sjuksköterskorna fanns där för dem, framhölls som viktigt för förtroendet i relationen. Även att sjuksköterskorna hade kunskap och visste vad de pratade om, menade de var av värde för patienternas förtroende. En sjuksköterska beskrev att hon upplevde att hon hade patienternas förtroende, när de frågade vad hon tyckte var viktigt för dem att veta. Förståelse och bekräftelse var också faktorer av stor betydelse för att skapa en god relation, liksom lyhördhet. Sjuksköterskorna lyfte fram att patienterna skulle känna sig lyssnade på för att bygga förtroende.

”... det här att man verkligen lyssnar på vad patienten säger och inte säger. Att man lyssnar mellan raderna.”

Förutom att vara lyhörd beskrev sjuksköterskorna att de använde sitt kroppsspråk för att visa att de lyssnade på patienten, det var viktigt att inte sitta och titta in i datorn, utan att vara vänd mot patienten och att ha ögonkontakt med dem. Men även att ”... att lyssna och titta på patientens kroppsspråk spelar jättestor roll.”

Ett sätt att visa respekt var när sjuksköterskorna accepterade att patienterna inte vill ha någon information, ibland varken muntlig eller skriftlig. Det kunde till och med vara så att det inte pratades så mycket om hjärtsvikt alls under mötet utan att patienten ville prata om livet i allmänhet. Respekten var viktig eftersom den också gav upphov till förtroende i

relationen. Även respekten för integriteten lyftes när sjuksköterskorna beskrev hur de hjälpte till att lösa patienters problem utanför mottagningen, men aldrig utan att fråga patienten först.

”Man kan försöka lite, men man kan inte tvinga någon. Jag kan inte ge mer information än patienten vill ha”.

För att inte oroa de patienter som ännu inte hade så mycket symtom av sin hjärtsvikt, gick sjuksköterskorna inte in på hur tillståndet skulle komma att förändras. Framför allt inte om patienten inte tog upp det själv, men när patienternas egna berättelser fick ta plats, främst från de som hade mer symtom, framkom att många var intresserade av att veta hur framtiden skulle bli. Sjuksköterskorna kände då att det var viktigt att kunna förmedla framtidstro och hopp. Tillsammans med patienterna hittade sjuksköterskorna verktyg till detta genom att de bl.a. frågade patienterna hur deras liv såg ut och vad de trodde att de själv skulle kunna göra.

”... många kan vara nedstämda av sin sjukdom när de kommer för att tröttheten och orkeslösheten gör att de inte känner igen sig själva. De tycker inte att de är samma person som de varit tidigare. De måste börja fundera på hur de ska orka göra saker som de aldrig tänkt på förr. Då måste vi kunna ge de hopp och en framtidstro”.

De känslor som sjuksköterskorna beskrev i möten med patienter med hjärtsvikt kunde vara frustration och besvikelse. Det kunde exempelvis vara tillfällena när patienterna inte förstod vikten av att ta sina läkemedel eller att sköta sin egenvård som sjuksköterskorna upplevde frustration. De beskrev att det kändes som att de inte nådde fram till patienten hur de än försökte. Det kunde hända att sjuksköterskan valde att ta in en annan kollega för att se om det kunde hjälpa. Det var bara att acceptera att de inte lyckats, menade de, även om det kändes både som en besvikelse och ett misslyckande.

”... att jag inte nått fram och talat om hur otroligt bra de är för hjärtat och hur bra de kan må. Alltså det är för mig ett mindre lyckat besök. När jag känner att jag inte når fram, dit jag hoppats att få nå”.

Patienternas egna känslor kunde vara ett hinder för att sjuksköterskorna inte kunde nå fram till dem, att patienterna inte var mottagliga just då. Det kunde vara för nära inpå ett vårdtillfälle, då de vårdats ineliggande, eller att de precis fått reda på att de har hjärtsvikt och inte hunnit förstå det än och fortfarande befann sig i en krisreaktion. En del patienter verkade heller inte vana att få prata om sig själva och sina problem med vårdgivare, vilket enligt sjuksköterskornas erfarenheter, kunde hindra en god kommunikation.

”Det kan ju vara så att de precis fått veta att hjärtat pumpar jättedåligt och är svårt sjuk i sin svikt och sorgearbetet, eller vad man ska säga... det tar ett tag innan man har landat. Och så kommer de till oss ganska snabbt inpå och alla är inte mottagliga då.”

Glädje och tillfredsställelse för arbetet i sig var andra känslor som uttrycktes av sjuksköterskorna och det var just mötet med patienterna som var det centrala och gav dem tillfredsställelse i arbetet. När patienterna var nöjda, var sjuksköterskorna nöjda!

”... roligt, du möter så otroligt många olika människor med olika input och olika vardag och referensramar. Det är ett fantastiskt jobb!”

Delaktighet

Flera sjuksköterskor lyfte fram att de försökte utgå från patienternas berättelse, som kom fram genom att sjuksköterskorna ställde enkla och öppna frågor. I patientberättelsen beskrevs ofta patientens önskemål, problem, frågor och behov av information. Sjuksköterskornas erfarenhet var att det inte fungerade att få patienterna delaktiga genom att bara tala om för dem hur de skulle göra, men om de utgick från det som var viktigast för patienten och anpassade informationen därefter blev det lättare. Alltså lade sjuksköterskorna undan sin egen agenda en stund och för att istället lyfta patientens. Vidare ansågs varje patient vara unik och sjuksköterskorna tog bara fram det som var viktigast just då och sparade vissa delar beroende på vad patienten klarade av att ta in/emot.

”Om jag utgår från patientens önskemål märker jag att de känner sig mer delaktiga och det ger bättre resultat. Om jag inte snappar upp grundorsaken till varför saker inte fungerar som de ska, spelar det ingen roll vad jag gör för att hjälpa”.

Att utgå från patienterna gjorde dem mer delaktiga och de kunde därmed själv påverka sitt mående genom att ha mer förståelse och bättre kontroll på sitt tillstånd. Ett bra besök beskrevs vara när patient och sjuksköterska var på samma nivå, när patient och sjuksköterska förstod varandra och när sjuksköterskorna uppfattade att patienten kände sig trygg. För att få patienterna delaktiga, beskrev sjuksköterskorna att det var viktigt att de möttes på samma nivå, vilket de ansträngde sig för att göra. När patienten hade fått möjlighet att berätta och beskriva vad de kände och tillsammans med sjuksköterskan kommit fram till egenvård och behandling genom en gemensam överenskommelse, uppfattades det som en framgång i att få patienten delaktig.

”... man är liksom på samma nivå, vi förstår varandra, patienten känner sig trygg; nu är det så här! Nu har jag fått svar på en del frågor”.

Sjuksköterskorna sade att det generellt var svårt att få en uppfattning om vad patienterna har tagit till sig av all information vid ett besök. Eftersom patientens kunskap ansågs vara viktig för att få de delaktiga, lät några sjuksköterskor patienterna själva få återberätta vad som sagts under besöket. Deras erfarenhet var att det var ett bra sätt att få veta vad patienterna tagit till sig av besöket samt att få veta om de själva hade förstått patienterna rätt. En del sjuksköterskor gjorde överenskommelser med patienterna om läxor att göra eller tänka på till nästa gång som ett sätt att få dem delaktiga.

”Jag frågar hur de upplevt dagens besök. Vad de tar med sig av besöket. Ibland vad de fick för läxa. Det kan vara att de kan ta extra Furix eller skiva i en liten bok, att organisera sina mediciner hemma. Vissa skriver klockslag eller köper dosett. Andra ska gå ut och gå en liten promenad, Sluta Röka - Linjen, ja, lite olika”.

Sjuksköterskorna välkomnade de närstående att följa med på besöken. Närståendes delaktighet sågs som en hjälp och ett stöd för patienterna och ibland var det de närstående som stod för patientberättelsen. Närstående uppskattades än mer när patienterna led av minnessvikt. En sjuksköterska berättade att det inte hade fungerat alls förrän en närstående blev inblandad och kunde hjälpa till.

”Det är väldigt positivt att de har anhöriga med sig! Framför allt de som har lite minnessvikt behöver ju ha anhöriga med sig”.

Att förmedla kunskap till patienten på ett begripligt sätt, ansåg sjuksköterskorna vara en förutsättning för att få patienterna delaktiga. Erfarenheten var att om patienterna förstod varför det var nödvändigt för dem att ta sina läkemedel så gick det lättare för dem. Det allra bästa var dock när de själva kände av en förbättring i kroppen, eller när de upplevde en försämring av att inte ha tagit sina läkemedel. Deras egen erfarenhet och upplevelse gjorde att de verkligen kunde förstå vikten och effekten av läkemedlen.

”När de sen känner en förbättring, inser de vikten av detta och det blir en annan kontakt”.

När det gällde att förmedla viktig information till patienterna, med syfte att få de delaktiga, beskrev sjuksköterskorna att de försökte vara övertydliga. De skrev, ritade och berättade och strök under på olika sätt och var mycket måna om att patienterna skulle förstå. Trots det var det många som inte kom ihåg från den ena gången till den andra. Då var det en fördel att de fick komma tillbaka flera gånger för att kunna repetera och stärka patienternas individuella behov, underströk sjuksköterskorna.

En sjuksköterskas erfarenhet var att ärlighet och tydlighet kring läkemedlens biverkningar ökade följsamheten till läkemedelsbehandlingen, eftersom de flesta patienterna vågade fortsätta med sina läkemedel i väntan på att kroppen skulle vänja sig vid dem. Tydlighet om att det kan dröja några månader innan de känner full effekt av dem var också till hjälp, liksom att förbereda de yngre patienterna mentalt på att läkemedelsbehandlingen kommer att bli livslång. Det ansågs motivera till följsamhet och fortsatt behandling.

”Vara ärlig med biverkningar, att det kan vara jobbigt och tufft, men jag vet att du fixar det, försök ändå!”

Det blev följaktligen ett hinder att få patienter delaktiga i sin egenvård och behandling, om de förblev i okunskap om vad hjärtsvikt är. En anledning var, enligt några sjuksköterskor, när en dialog inte kunde komma till stånd, när det bara blev en envägskommunikation från patientens eller närståendes sida.

”Vissa patienter bara pratar, och det ger ingenting för man når inte fram med det som är meningen med besöket. Man kommer inte emellan. Man får inget gemensamt. Dialogen är viktig!”

Ett annat stort problem, och som enligt sjuksköterskorna hindrade många patienters följsamhet till läkemedelsbehandling, var att läkemedlen ofta bytte namn när de skulle hämtas ut på Apoteken. Detta gjorde framförallt de äldre patienterna osäkra och det kunde till och med leda till utebliven behandling. Där ansågs tydlig information från sjuksköterskornas sida vara av extra stor vikt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Då syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar valdes en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor. Polit och Beck (2012) menar att i en kvalitativ ansats ligger fokus i att förstå människors erfarenheter, upplevelser och uppfattningar, men även i att belysa helheten utifrån deras

livsvärld. Det är en flexibel metod som kan utvecklas under tiden datainsamlingen pågår vilket kan göra att nya insikter och frågor kan uppstå på vägen.

Författarna kunde valt att samla in data genom enkäter, men då fanns det en risk för att missa viktig data eftersom sonderingsfrågor inte gått att ställa. Intervjuerna gjorde det möjligt att få fram ett trovärdigt resultat och att det blev möjligt att få ett svar på syftet.

Urval

Sophiahemmets högskola rekommenderar att intervjua 6-7 informanter i en uppsats på avancerad nivå. Då syftet inte var att kunna generalisera resultatet utan att beskriva sjuksköterskors erfarenheter blev antalet begränsat till detta, vilket även möjliggjorde större noggrannhet av det kvalitativa analysförfarandet (Kvale & Brinkmann, 2014). Polit och Beck (2012) anser, att det viktiga med kvalitativa studier är att uppnå datamättnad, vilket innebär att ingen ny information framkommer, utan bara blir upprepning av redan känd information. I denna studie planerades sex intervjuer från början, men om författarna upplevt att antalet intervjuer inte räckt till för att få fram tillräckligt material för att få ett innehållsrikt resultat, fanns beredskap för ytterligare intervjuer. Författarna gjorde bedömningen att informationen från de genomförda intervjuerna var tillräcklig och höll fast vid det antal som var planerat från början. Det var ett medvetet val att leta sjuksköterskor på olika sjukhus och på olika vårdcentraler i primärvården i Stockholm och Skåne, för att få ett bredare utbud och spridning av erfarenheter i ämnet. Urvalet blev ett bekvämlighetsurval, då författarna bor i olika delar av landet och av den anledningen utförde intervjuer på, eller kring, sin hemort, vilket skulle kunnat påverka studien negativt. Ett strategiskt urval tillämpades också, som föreslås av Polit och Beck (2012), när sjuksköterskor som innehar den efterfrågade erfarenheten söks.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet och med särskilt intresse av hjärtsviktsmottagningar på sjukhus och inom primärvård. Alla sjuksköterskorna hade någon form av kurs eller utbildning inom hjärtsjukvård, men endast en hade specialistutbildning inom området. Erfarenheten bland sjuksköterskorna av att arbeta på hjärtsviktsmottagning varierade. Det fanns en risk att den sjuksköterskan med kortast erfarenhet inte skulle kunna tillföra så mycket till studien, men i resultatet framkom tydligt behovet av erfarenhet inom området för att kunna nå framgång och då ansåg författarna att det var av vikt att ha även den intervjun med. Den varierande längden av erfarenhet gav den bredd som författarna hoppats på. Om det varit omvänd ordning, att endast en av sjuksköterskorna haft erfarenhet inom området, torde resultatet inte blivit tillförlitligt, eftersom det var just att belysa sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar som var syftet med studien.

Genomförande/datainsamling

Författarna ville få information om sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar och därför valdes semistrukturerade intervjuer med möjlighet till sonderingsfrågor som datainsamlingsmetod. Polit och Beck (2012) menar att just semistrukturerade intervjuer lämpar sig när det gäller att samla in förstahandsinformation och för att säkerställa att specifika frågor och/eller områden täcks in av intervjuerna. Det ger även informanterna möjlighet att tala fritt om sina erfarenheter. Intervjuguiden som användes, utformades med hjälp av Polit och Beck (2012), men inspirerades även av Malterud och Midenstrand (2009) som anser att en intervjuguide inte ska vara alltför detaljerad, utan istället uppmana deltagaren att förmedla sina egna erfarenheter. Därför fanns det gott om utrymme för sjuksköterskorna att tala fritt och vid flera tillfällen

berättade de så utförligt att vissa frågor inte behövde ställas. Det blev en utmaning för författarna att se till att frågorna som redan besvarats inte ställdes igen. En pilotstudie genomfördes och var så innehållsrik att den inkluderades i studien. Sjuksköterskan berättade noggrant och detaljerat om verksamheten och sin egen erfarenhet, så inga ändringar gjordes i intervjuguiden. Några av de följande intervjuerna var, även de, väldigt utförliga. En av intervjuerna blev knapphändig, där sjuksköterskan svarade på frågorna, men inte berättade så mycket självmant. Tidsåtgången för intervjuerna ansågs vara tillräckligt lång, då den höll sig mellan 26 och 41 minuter och alla frågor besvarades. Ett ämne, som kom upp under flera av intervjuerna, var frågan om kognitiv svikt hos patienterna och i efterhand kände författarna att en fråga kring detta kanske borde funnits med i intervjuguiden.

Verksamhetscheferna som kontaktades erhöll förhandsinformation om studien via mail och därefter skickades informationsbrev för att inhämta tillstånd för att genomföra studien. Verksamhetscheferna ställde sig alla positiva till studien och lämpliga sjuksköterskor kontaktades via telefon eller personligen. Alla tillfrågade valde att delta och tider bokades in. Intervjuerna hölls på sjuksköterskornas respektive arbetsplats och alla, utom en som hölls i ett lunchrum, hölls i avskildhet och förflöt utan störningar. Intervjun som hölls i lunchrummet drabbades av flera störningar i form av att andra kom in i rummet och det blev stundom högljutt kring intervjusituationen. Koncentrationen kan ha sviktat bitvis under intervjun, men kvaliteten på inspelningen påverkades inte. Även den intervjun var innehållsrik. Det hade naturligtvis varit bättre med ett störningsfritt rum, men då det inte gick att uppbringa, nöjde sig författarna med detta alternativ. Intervjuerna spelades in på författarnas telefoner. Ingen, förutom författarna, visste om att intervjuerna fanns där och telefonerna var låsta med kodlås, som endast var och en av författarna hade vetskap om. Efter att intervjuerna transkriberats, vilket utfördes senast några dagar efter utförd intervju, raderades de från telefonerna. Inspelningarna, förutom en, blev av god kvalitet. Författarna vet inte vad som hände, men en sekvens på ca 10 minuter, mitt i en av intervjuerna, var av så dålig kvalitet att det inte gick att höra vad sjuksköterskan sa. Författarna gjorde bedömningen att den delen av intervjun som saknades kan ha inverkat negativt, men godtogs ändå eftersom resten av intervjun var av god kvalitet och hade innehållsrikt material för studien.

Flera av de sjuksköterskor som intervjuades var bekanta med författarna, vilket skulle ha kunnat påverka intervjuerna. Här var det viktigt att författarna reflekterade kring sin egen roll under intervjuerna (Polit & Beck, 2012). Olsson och Sörensen (2011) menar att förförståelse är en viktig del i att vara objektiv, samtidigt som författarna skulle kunnat skapa sig egna tolkningar av det insamlade materialet (Polit & Beck, 2012). Med detta i tankarna var författarna noga med att tala om att de skulle hålla sig så neutrala som möjligt under intervjuerna och hålla sig till ämnet och ställa relevanta följdfrågor utifrån det sjuksköterskorna berättade. För att komma i en avslappnad stämning, inleddes intervjuerna med en kort pratstund, vilket Kvale och Brinkmann (2014) anser vara avgörande för mötet för att deltagarna ska känna sig avslappnade och vilja dela med sig av sina erfarenheter. För att insamlingen av data skulle bli trovärdig (Polit & Beck, 2012) lyssnades intervjuerna igenom flera gånger och de transkriberades därefter till textdokument. Detta gjordes av författarna var för sig.

Dataanalys

Analysen av det insamlade datamaterialet utfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Analysfasen påbörjades av författarna var för sig, redan i samband med att intervjuerna hölls, men

större delen av analysen utförde författarna tillsammans. Detta skedde på manifest nivå och resulterade i kategorier och underkategorier. Författarna läste igenom varje intervju för sig, markerade med färgpenna i texten och gick sedan gemensamt igenom materialet för att hitta meningsbärande enheter. För att inte missa viktig information, ägnade författarna mycket tid åt kondenseringen och försökte hela tiden ha syftet i fokus. När de meningsbärande enheterna plockats ut, fördes dessa in i en matris, som sedan även kom att innehålla kondenserade enheter, koder, underkategorier och kategorier. De meningsbärande enheterna kortades ner med hjälp av kondensering för att bli lättare att hantera. I denna process finns, enligt Graneheim och Lundman (2004) en risk att betydelsen av de meningsbärande enheterna ändras, dock är en viss tolkning av texterna oundviklig, vilket bör tas i beaktande. Att författarna varit två kan möjligen minska denna risk.

När analysen var klar abstraherades de meningsbärande enheterna och försågs med en kod. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) är att sätta en ”etikett på en meningsbärande enhet”. Koderna ledde till att författarna kunde skapa underkategorier och kategorier som sedan använts för att presentera resultatet. Processen med att skapa underkategorier och kategorier var tidskrävande och ledde till många diskussioner mellan författarna.

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Författarna strävade efter att resultatet i studien skulle bli så trovärdig som möjligt. För att beskriva graden av trovärdighet användes begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna beskrev att de hade en förförståelse i ämnet och enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar detta studiens trovärdighet. Sjuksköterskorna som valdes ut att delta i studien, hade varierad erfarenhet av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar, vilket författarna ansåg vara av stor vikt för trovärdigheten i resultatet. Mängden insamlad data bedömdes av författarna var tillräcklig för att kunna uppnå ett trovärdigt resultat. Om så inte varit fallet, fanns beredskap för att utföra fler intervjuer. För att skapa tillförlitlighet försökte författarna planera noga inför intervjuerna och genomföra dem på ett positivt sätt och samtidigt ha i åtanke att intervjuer är en levande process som kan påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Huruvida resultatet från studien är överförbart på andra grupper, är enligt Polit och Beck (2012) upp till läsaren att bedöma.

Forskningsetiska överväganden

För att följa god forskningssed, använde författarna sig av Vetenskapsrådets riktlinjer (2015). Detta innebar att tillstånd för att genomföra studien inhämtades hos de respektive verksamhetscheferna och att sjuksköterskorna som skulle intervjuas fick muntlig och skriftlig information om vad studien handlade om, samt att de fick lämna informerat samtycke om deltagande i studien. Studien, som inte innehöll känslig fakta och genomfördes vid en högskoleutbildning på avancerad nivå, behöver inte lämna in någon ansökan om etisk prövning, så detta utelämnades (Vetenskapsrådet, 2015). Alla tillfrågade var positiva till studien och att sjuksköterskorna valde att delta tolkade författarna som att de tyckte ämnet var intressant, men kanske även i behov av att utforskas vidare. Resultatet i studien uppfattades inte beröra personliga detaljer eller känslig fakta, dock framkom en del kritik kring organisation och utbildning, men då detta inte berörde någon särskild mottagning, ska ingen behöva känna sig utpekad i studien. Eventuell kritik som kan uppfattas torde i så fall vara riktad mot regionnivå.

Resultatdiskussion

Organisation är en förutsättning för ett självständigt och ansvarsfullt arbete

I resultatet framkom att en tydlig organisation var en förutsättning för att kunna bedriva en väl fungerande hjärtsviktsmottagning. Enligt Wikström (2014) är 23 miljoner personer drabbade av hjärtsvikt i världen och antalet ökar i takt med att befolkningen blir äldre och äldre. Butts och Gary (2015) hävdar att det är ett tillstånd som ökar epidemiartat. Att några sjuksköterskor i resultatet upplevde att antalet patienter med hjärtsvikt minskade på deras mottagning, visar på att en hel del patienter med hjärtsvikt missas och att organisationen verkar ha behov av att ses över för att fånga upp dessa patienter. Det framkom även att de var beroende av en engagerad läkare i denna fråga för att de skulle skriva remisser till hjärtsviktsmottagningarna. Det borde inte vara personberoende och författarna tänker att en bra arbetsbeskrivning på en tydlig struktur i omhändertagandet av dessa patienter kan vara en lösning. Persson och Eriksson (2014) betonar hur viktigt det är att fånga upp patienter med hjärtsvikt, då behandlingen blivit mer effektiv och påverkar sjukligheten i hjärtsvikt i hög grad.

Önskemål om att kunna ta hand om patienterna ännu bättre än vad de nu gör, framkom, men att det inte fanns tid eller resurser till detta på alla mottagningar. Sjuksköterskorna såg möjligheter att, genom en bättre uppföljning av, framförallt de patienter som är sjukast, kunna förebygga sjukhusvård i många fall. Bortsett från att patienterna på så vis skulle slippa onödig sjukhusvård vore det även en stor vinst för samhället, med tanke på den alltmer pressade situationen i sjukvården idag. Att ha fler välorganiserade hjärtsviktsmottagningar och kanske mer flexibilitet och ”luft i systemet” på de befintliga mottagningarna skulle kunna vara en lösning, enligt författarna. Det påtalades även i resultatet att hjärtsviktsmottagningar uppfattades vara av stort värde för vården av dessa patienter och stämmer väl överens med Strömberg et al. (2003) som bland annat visat på en bättre överlevnad hos patienter som följdes på detta sätt. I enlighet med sjuksköterskans förbättringskunskaper (Sherwood & Barnsteiner, 2013), tillsammans med den erfarenheten som beskrivs i resultatet, kan det vara en uppgift för sjuksköterskor att hjälpa till att utveckla och starta upp hjärtsviktsmottagningar

Att patienterna inte hade fått information om varför de var kallade till ett besök på mottagningen var vanligt förekommande, visade resultatet. Detta kunde påverka besöket negativt och vara ett hinder till en god relation och då ta onödig tid från besöket. Författarna tänker att det kan bero på både att de inte fått den informationen eller att de inte kommer ihåg att de fått informationen. Hawkins et al. (2012) hävdar att utbredningen av kognitiv nedsättning är hög bland patienter med hjärtsvikt och betyder att informationen måste vara lättförståelig och tydlig till dessa. Alla patienter förmodas få en kallelse till mottagningen i form av ett brev. Att där på ett enkelt och lättförståeligt sätt beskriva anledningen till varför de blir kallade och vad syftet är med besöket, skulle kunna underlätta för patienterna och författarna tror, att detta skulle kunna vara en möjlighet till en bättre start på en god relation.

I resultatet framkom att sjuksköterskans arbete var självständigt och ansvarsfullt. I arbetsuppgifterna ingick sådant som vanligen är läkarnas ansvar, såsom kliniska bedömningar och dosering av läkemedel. Hur ser ansvarsfrågan ut, om något skulle hända på grund av en felbedömning eller feldosering av läkemedel, undrar författarna? Denna fråga om ansvar påtalades inte av sjuksköterskorna i resultatet och inte heller av författarna under intervjuerna, men blev uppenbar när resultatet blev tydligt, framförallt när ett teamarbete saknas och/eller det inte fanns en lättillgänglig läkare att fråga.

Sjuksköterskorna beskrev att de kände sig frustrerade när de tvingades störa läkare som inte hade tid avsatt för konsultationer, vilket författarna tror, kan leda till egna osäkra beslut och därmed riskera patientsäkerheten. Detta betonar vikten av ett väl fungerande teamarbete och är en nödvändighet i den tilltagande komplexa vården idag, enligt Sherwood och Barnsteiner (2013).

Hjärtsviktsmottagningar är beroende av kompetens och teamarbete

Teamets betydelse betonades som viktigt i resultatet. Faktorer som tillit, trygghet och respekt framhölls som goda egenskaper i teamarbetet och det är intressant att de egenskaperna även verkade gå vidare till relationen mellan sjuksköterska och patient. Det faktum att sjuksköterskorna blev tagna på allvar av läkarna och inte blev bortviftade när de hade funderingar kring patienterna utan blev respekterade, blev till en positiv spiral som kom patienterna till del. Det här samarbetet är något som kan tyckas självklart idag, men som kan hindras av bland annat organisationen, men även av hierarkin som fortfarande råder på många håll inom sjukvården och är något som författarna anser vara nödvändigt att se över inför en hållbar sjukvård i framtiden. Författarna håller med Dudas et al. (2014) som anser att ett bättre samarbete mellan olika professioner medför att den hierarkiska strukturen kan ersättas av teamet och att det är ett led i övergången till personcentrerad vård. Dudas et al. (2014) hävdar att teamsamarbete med en smidig kommunikation underlättar det dagliga arbetet i vården som helhet, vilket författarna uppfattar som en positiv riktning för modern sjukvård.

I resultatet framkom att på en del hjärtviktsmottagningar fanns möjlighet till ett utökat team, bestående av dietist, sjukgymnast och kurator. Det uppfattades som positivt av sjuksköterskorna och många patienter med hjärtsvikt hade stort behov av dessa olika teammedlemmar. Hägglund et al. (2007) visade att patienter med hjärtsvikt oftare upplevde en bristande fysisk förmåga, med en känsla av orkeslöshet som påverkade hela kroppen och livskvaliteten. Detta visar på vikten av att ha tillgång till sjukgymnast för att ge patienterna möjlighet till träning, utifrån deras individuella förutsättningar. Ytterligare en anledning till att ha med sjukgymnast i teamet är att det för patienter med HFpEF inte finns någon medicinskt tillfredsställande behandling, men att Fukuta et al. (2016) har visat att fysisk träning verkar ha en god effekt. Då patienter med hjärtsvikt ofta har behov av mer energi, samtidigt som de kan ha nedsatt aptit, gör dietister till en viktig del av teamet, vilka även kan hjälpa till med recept på näringsdrycker vid behov. Inte sällan är patienterna multisjuka och där kan kostråden bli mer komplicerade, vilket kan vara en utmaning även för en dietist. Det kan röra sig om sjukdomar som diabetes, njursvikt och ischemisk hjärtsjukdom. Med tanke på att Mårtensson et al. (2003) såg att patienter med hjärtsvikt hade en sämre livskvalitet och var mer nedstämda eller deprimerade i större utsträckning än friska grupper, anser författarna att en kurator bör ingå i hjärtsviktsteamet.

Resultatet visade att för att sjuksköterskorna ska kunna utföra detta självständiga och ansvarsfulla arbete på hjärtviktsmottagningar krävdes en bred och fördjupad kompetens. Socialstyrelsen (2015) skriver att sjuksköterskan ska kunna erbjuda patienterna undervisning, stöd och vägledning. Numera finns det specialistutbildning till hjärtsjuksköterska och/eller fristående kurser i hjärtsvikt, vilket av författarna uppfattas som positivt för detta arbete. Det är dock författarnas erfarenhet att många inte har möjlighet till vidareutbildning av olika skäl och att även det skulle behöva ses över för att få fler specialistutbildade sjuksköterskor. Det framhölls även i resultatet att erfarenhet är ett sätt att erhålla denna kompetens. I dagens sjukvård har antalet sjuksköterskor som stannar inom ett verksamhetsområde under en längre tid och därmed erhåller denna kompetens dock minskat drastiskt, vilket oroar författarna inför framtidens hjärtsviktsvård.

Förutom den medicinska kunskapen betonades i resultatet behovet av att ha goda kunskaper i samtalsteknik för att öka möjligheten för sjuksköterskorna att skapa en god relation med patienterna och deras närstående. Traditionellt sett så ingår inte samtalsteknik i sjuksköterskeutbildningen, men borde kanske göra det enligt författarna, särskilt sedan det mer och mer införs personcentrerad vård som en del i att få patienter delaktiga i sin vård och behandling. Det personcentrerade samtalet innebär, enligt Fors (2014), att sjuksköterskan lyssnar in patientens berättelse för att lära känna patienten och målet är att identifiera dennes livskraft och resurser för att skapa förutsättningar för exempelvis livsstilsförändring, egenvård och/eller följsamhet till medicinering. Därtill kan tekniker användas för att motivera till följsamhet och delaktighet, vilket är berikande för detta arbete som sjuksköterskor utför, menar författarna.

Viktiga faktorer i mötet för att skapa relation och delaktighet

I resultatet framkom med tydlighet att många sjuksköterskor arbetar med ett personcentrerat förhållningssätt på flera sätt utan att alltid vara medvetna om det eller att de fått utbildning i det. Det ser författarna som ett tecken på att personcentrerad vård sannolikt är rätt väg att gå för att förbättra vården, när det självmant förekommer och uppfattas ge framgång av sjuksköterskorna. Det är positivt att det redan finns en sådan inställning hos flera sjuksköterskor, det blir då lättare att införa detta arbetssätt på en bredare front, tänker författarna.

Sjuksköterskorna betonar vikten av att skapa en relation med patienterna, i enlighet med personcentrerat förhållningssätt, för att bygga förtroende och tillit. Ekman et al. (2014) påpekar att det krävs tid för att åstadkomma detta, vilket också bekräftas i resultatet. Tiden behövs för att få fram patientberättelsen, låta dem och/eller närstående berätta, men även för att analysera den, säger Ekman et al. (2014), vilket författarna håller med om, men är samtidigt medvetna om svårigheterna att få mer tid i den alltmer tidspressade sjukvården idag. Inställningen till att prioritera denna tid är nyckeln till förändring, hävdar författarna, samt att det är rimligt att den inställningen finns hos hela teamet för att det ska lyckas. Kontinuitet, när patienterna får träffa samma sjuksköterska varje gång, ger bokstavligen mer tid. Författarna tänker att det då inte behöver ödslas tid på sådant som båda redan vet från tidigare besök utan de kan fortsätta där det förra besöket slutade och ägna tiden åt det som patienten är intresserad av och vill ta upp denna gång. Det blir också en naturlig relation att de ses flera gånger.

Andra faktorer som visade på ett personcentrerat förhållningssätt i sjuksköterskornas strävan att skapa relation var att de, förutom att använda sig av sitt eget kroppsspråk, också läste av eller analyserade patienternas. Enligt Ekman et al. (2014) handlar relationsskapande i stor utsträckning om icke-verbal kommunikation. Vidare var sjuksköterskorna lyhörda och lyssnade mellan raderna som ett sätt att analysera det patienterna säger och inte säger. De respekterade också när patienterna inte ville berätta något eller få information, vilket Ekman et al. (2014) menar också bör analyseras vad det står för. De här avancerade analyserna beskriver sjuksköterskorna att de utför, utan att alltid vara medvetna om det.

Ytterligare en faktor som visade att sjuksköterskorna använde sig av ett personcentrerat förhållningssätt var när sjuksköterskorna ville förmedla hopp och framtidstro och tillsammans med patienterna hitta verktyg för detta. Även här krävs att patientberättelsen har fått komma fram och det behövs enligt Ekman et al. (2014) lyhördhet från sjuksköterskan för att identifiera patientens livskraft med mål och önskningar.

I alla möten mellan människor kan känslor uppstå. Det kom också fram i resultatet där frustration och besvikelse var framträdande, när sjuksköterskorna upplevde att de inte nådde fram med sin information och sitt budskap till patienterna. Hur de än försökte förklara, visa bilder, berätta, rita och stryka under, så förstod ibland inte patienterna informationen. Det handlade ofta om att förstå vikten av mediciner och egenvård. De här känslorna känner nog många som arbetar inom sjukvården igen och visar på engagemang hos sjuksköterskorna. ”Hur får vi dem att göra som vi säger?” är en fråga som ofta debatteras bland vårdpersonal. Författarnas uppfattning är att det gäller att ”få patienterna med på tåget”, det vill säga att få dem delaktiga i sin vård och behandling så att de känner ett eget ansvar och inte bara lägger det hos läkare eller sjuksköterska. Det här handlar också om en allmän uppfattning i samhället om att inte ta eget ansvar utan att lägga det på andra och är än svårare att komma åt.

Det faktum att många patienter med hjärtsvikt har en nedsatt kognitiv förmåga medför, enligt Hawkins et al. (2012) en sämre följsamhet till egenvård och behandling. Det här ställer högre krav på sjuksköterskorna och med anledning av ovanstående verkar erfarenheten vara att detta är svårt att hantera. Det framkom inte i resultatet att nedsatt kognitiv förmåga var ett problem, vilket förstods av författarna att det inte var så tydligt för sjuksköterskorna. Eller var det så att de inte visste hur det skulle hanteras? Butts och Gary (2015) framhåller att den kognitiva funktionen hos patienter med hjärtsvikt regelbundet bör utvärderas och att det i riktlinjerna för hjärtsviktsvård rekommenderas screening för kognitiv nedsättning, dock inte på vilket sätt detta ska utföras (Lindenfeld et al., 2010). Genom att tidigt identifiera nedsatt kognitiv funktion vid hjärtsvikt, menar Butts och Gary (2015) att det går att minska risken för en sämre egenvård och behandling genom att förenkla läkemedelsbehandlingen och/eller tillhandahålla de resurser som krävs för en optimal hjärtsviktsbehandling. Karlsson et al. (2005) lyfte att personer med nedsatt kognition kan öka sin kunskap om hjärtsvikt och egenvård med hjälp av hjärtsviktsmottagningar. Det är intressant att Butts och Gary (2015) även visat att tilltagande nedsatt kognition är en stark prediktor för en försämring av hjärtsvikten. Det innebär att om regelbundna utvärderingar av patienternas kognition skulle utföras på hjärtsviktsmottagningar skulle även försämringar av hjärtsvikten kunna förutses och då adekvat förebyggas.

I resultatet framkom att det inte fungerade att få patienterna delaktiga genom att bara säga åt dem vad de skulle göra. Om de däremot utgick från patientberättelsen och vad som var viktigast för patienten, anpassades informationen efter det, vilket ofta fungerade bättre i deras strävan att få patienterna mer delaktiga. För det här krävdes också lyhördhet från sjuksköterskorna samt att de framhöll att dialogen med patienterna var viktig. Detta förhållningssätt ligger också i linje med personcentrerad vård, där målet, enligt Fors (2014) är att patienterna själva ska få bestämma och ta beslut om det som rör deras hälsa och välbefinnande. Det kan uppfattas som en utmaning att lyssna på patientberättelserna i första hand och anpassa sig till dem, när sjuksköterskan ofta vet att viss information är mer eller mindre livsviktig att få fram till dem. Där var sjuksköterskorna tydliga i resultatet när de framhöll att ”de lade undan sin egen agenda för att lyfta patienternas.”

Nästa steg att få patienterna delaktiga var att ingå ett partnerskap med hjälp av en överenskommelse mellan sjuksköterska och patient om vad de tillsammans kommit fram till under besöket. Överenskommelsen var muntlig eller skriftlig. Även detta överensstämmer med personcentrerad vård. Fors (2014) hävdar att det inte räcker att patienterna är delaktiga utan att de genom ett partnerskap utgår från lika villkor och visar ömsesidig respekt för varandras kunskaper som kan bekräftas i en överenskommelse. Där

visade resultatet att sjuksköterskorna är på god väg, men författarna tänker att överenskommelsen och partnerskapet behöver utvecklas mer.

Eftersom läkemedelsbehandlingen är så viktig för dessa patienter, är följsamheten till behandlingen central. I resultatet framkom att sjuksköterskorna såg ett stort problem med att läkemedel ofta byter namn och att det kan medföra svårigheter för patienterna att hålla ordning på dem. Det kan leda till att patienterna tar dubbla doser av samma läkemedel med olika namn eller till och med att de slutar med medicineringen. Författarnas reflektion här är att det kan vara svårt för ”friska” personer, med få mediciner, att hålla reda på sina medicinens olika namn, så för patienter med hjärtsvikt, som i högre grad besväras av nedsatt kognition, torde det vara än svårare. Patientsäkerheten i denna fråga är starkt hotad och författarna hoppas på en lösning på högre nivå.

Slutsats

Slutsatsen var att sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar är ett självständigt och ansvarsfullt arbete. En tydlig organisation är en förutsättning för att sjuksköterskorna ska kunna utföra en god omvårdnad på hjärtsviktsmottagningar och därmed kunna förbättra patienternas livssituation. Arbetet krävde även en bred och fördjupad kompetens, både vad gäller medicinsk kunskap och samtalsteknik, liksom ett väl fungerande teamsamarbete. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att skapa relationer med patienterna för att få dem mer delaktiga i sin behandling och egenvård. Enligt deras erfarenhet är det nyckeln till framgång på hjärtsviktsmottagningar.

Klinisk tillämpbarhet

Föreliggande studie är viktig i egenskap av att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagningar. I resultatet framkommer många erfarenheter som kan vara viktiga för det framtida arbetet inom just denna verksamhet som troligen står inför en spännande utveckling med anledning av det ökande antalet patienter med hjärtsvikt. Det finns områden som kan behöva förbättras för att sjuksköterskorna ska kunna känna sig trygga i sin roll, att de känner att de har stöd i sitt utövande, och det finns områden som redan är välutvecklade och fungerar utmärkt och dessa kan vara inspirerande för andra verksamheter att ta efter. Förekommande studie bör kunna vara användbar för sjuksköterskor och andra vårdgivare som vill ta del av dessa erfarenheter i sitt arbete med att utveckla och starta nya hjärtsviktsmottagningar. Det är rimligt att tro att även sjuksköterskor som arbetar i annan mottagningsverksamhet kan dra nytta av dessa erfarenheter.

Framtida forskning

Studien visar att det finns behov av mer forskning kring hur patienter med hjärtsvikt ska kunna hjälpas till följsamhet vad gäller egenvård och behandling, med betoning på patienters individuella behov.

REFERENSER

- Adib-Hajbaghery, M., Maghaminejad, F., & Abbasi, A. (2013). The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 255-267. doi: 10.5681/jcs.2013.031
- Alon, D., Stein, G. Y., Korenfeld, R., & Fuchs, S. (2013). Predictors and outcomes of infection-related hospital admissions of heart failure patients. *PLoS ONE*, 8(8), e72476. doi: 10.1371/journal.pone.0072476
- Alosco, M. L., Spitznagel, M. B., van Dulmen, M., Raz, N., Cohen, R., Sweet, L. H., . . . Gunstad, J. (2012). Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 74(9), 965-973. doi: 10.1097/PSY.0b013e318272ef2a
- Andersson, B. (2016). Hjärtsvikt-Kronisk. Hämtad 5 mars, 2016, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=103>
- Borson, S., Scanlan, J. M., Watanabe, J., Tu, S. P., & Lessig, M. (2005). Simplifying detection of cognitive impairment: comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State Examination in a multiethnic sample. *Journal och the American Geriatrics Society*, 53(5), 871-874. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53269.x
- Butts, B., & Gary, R. (2015). Coexisting Frailty, Cognitive Impairment, and Heart Failure: Implications for Clinical Care. *Journal of clinical outcomes management*, 22(1), 38-46.
- Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., Riegel, B., Lo, S. K., & Stewart, S. (2010). Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *European Heart and Lung Journal*, 12(5), 508-515. doi: 10.1093/eurjhf/hfq042
- Cleland, J. G., Daubert, J. C., Erdmann, E., Freemantle, N., Gras, D., Kappenberger, L., & Tavazzi, L. (2005). The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *The New England journal of medicine*, 352(15), 1539-1549. doi: 10.1056/NEJMoa050496
- Dahlström, U. (2010). Hjärtsvikt. I U. Dahlström, L. Jonasson, & F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Dracup, K., Evangelista, L. S., Doering, L., Tullman, D., Moser, D. K., & Hamilton, M. (2004). Emotional well-being in spouses of patients with advanced heart failure. *Heart Lung: the Journal of Critical Care*, 33(6), 354-361.
- Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson, L.-E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- ESC. (2012). Clinical Practice Guidelines. Hämtad den 11 november, 2015, från <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

- ESC. (2015). Classes of Heart Failure. Hämtad den 27 november, 2015, från http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp-.VyzYwMdiCoo
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Fukuta, H., Goto, T., Wakami, K., & Ohte, N. (2016). Effects of drug and exercise intervention on functional capacity and quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(1), 78-85. doi: 10.1177/2047487314564729
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawkins, L. A., Kilian, S., Firek, A., Kashner, T. M., Firek, C. J., & Silvet, H. (2012). Cognitive impairment and medication adherence in outpatients with heart failure. *Heart & lung : the journal of critical care*, 41(6), 572-582. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.06.001
- Horak, B. J., Welton, W., & Shortell, S. (2004). Crossing the quality chasm: implications for health services administration education. *The Journal of Health Administration Education*, 21(1), 15-38.
- Hägglund, L., Boman, K., Olofsson, M., & Brulin, C. (2007). Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 6(3), 208-215. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.09.004
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm, a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2000). Heart failure clinics in Europe. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(2), 67-68.
- Johansson, B. (2015, 2015). ICD (implantable cardioverter defibrillator) och biventrikulär pacing (CRT-P/CRT-D). Hämtad 19 april, 2016, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5038>
- Karlsson, M. R., Edner, M., Henriksson, P., Mejhert, M., Persson, H., Grut, M., & Billing, E. (2005). A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 146-153. doi: 10.1016/j.pec.2004.08.005
- Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S., Schildcrout, J., Mixon, A. S., McNaughton, C., . . . Wallston, K. A. F. T. V. I. C. S. (2015). Medication Nonadherence Before Hospitalization for Acute Cardiac Events. *Journal of Cardiac Failure*, 20(sup2), 34-42. doi: 10.1080/10810730.2015.1080331

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlstrom, U., Dickstein, K., Ekman, I., . . . Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, *13*(2), 115-126. doi: 10.1093/eurjhf/hfq219

Lindenfeld, J., Albert, N. M., Boehmer, J. P., Collins, S. P., Ezekowitz, J. A., Givertz, M. M., . . . Walsh, M. N. (2010). HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, *16*(6), e1-194. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.04.004

Luttik, M. L., Blaauwbroek, A., Dijkers, A., & Jaarsma, T. (2007). Living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *22*, 131-137.

Malterud, K., & Midenstrand, M. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., . . . Ponikowski, P. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart and Lung Journal*, *14*(8), 803-869. doi: 10.1093/eurjhf/hfs105

Moser, D. K., Suk Lee, K., Wu, J.-R., Mudd-Martin, G., Jaarsma, T., Huang, T.-Y., & Riegel, B. (2014). Identification of symptom clusters among patients with heart failure: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*, 1366-1372. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.004>

Mårtensson, J., Dracup, K., Canary, C., & Fridlund, B. (2003). Living with heart failure: Depression and quality of life in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *22*(4), 460-467. doi: 10.1016/S1053-2498(02)00818-5

O'Connor, C. M., Whellan, D. J., Lee, K. L., Keteyian, S. J., Cooper, L. S., Ellis, S. J., . . . Pina, I. L. (2009). Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *Jama*, *301*(14), 1439-1450. doi: 10.1001/jama.2009.454

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen : kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Persson, H., & Eriksson, B. (2014). Hjärtsvikt. Hämtad 4 maj, 2015, från http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html?search=hjartsvikt&id=e2_3-e2_3

Polit, D. F., & Beck, C., Tatano, . (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Walters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Sanderson, J. E. (2014). HFNEF, HFpEF, HF-PEF, or DHFWhat Is in an Acronym? *JACC: Heart Failure*, 2(1), 93-94. doi: 10.1016/j.jchf.2013.09.006

SFS. (2014:821). Patientlagen. Hämtad 19 februari, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad : sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Hämtad den 11 november, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Levin, L. A., Karlsson, J. E., & Dahlstrom, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 24(11), 1014-1023.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Evidensbaserad vård och omvårdnad. Hämtad 8 april, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sok/?q=Evidensbaserad+vård+och+omvårdnad>.

Ulin, K., Malm, D., & Nygardh, A. (2015). What Is Known About the Benefits of Patient-Centered Care in Patients with Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*. doi: 10.1007/s11897-015-0272-6

Vasko, P. (2013). Hjärtsvikt. I N. Grefberg (Red.), *Medicinen: orsak, symtom, diagnostik, behandling*. (Vol. 5). Stockholm: Liber AB.

Vetenskapsrådet. (2015). Forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad den 27 november, 2015, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Wikström, G. (2014). *Hjärtsvikt: fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wu, J. R., Frazier, S. K., Rayens, M. K., Lennie, T. A., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2013). Medication adherence, social support, and event-free survival in patients with heart failure. *Health psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(6), 637-646. doi: 10.1037/a0028527

”Nyckeln till framgång”

– intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på hjärtsviktsmottagning.

Personer med hjärtsvikt följs upp på mottagningar på sjukhus, Vårdcentraler och privata mottagningar. Det finns guidelines att följa och vi vet vad som ska göras, men vi vill med studien belysa sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hjärtsviktsmottagning.

Vi är två sjuksköterskor som genomför studien och vänder oss till dig som arbetar som sjuksköterska på hjärtsviktsmottagning. Du är antingen grundutbildad sjuksköterska med erfarenhet eller specialistutbildad sjuksköterska inom hjärtsjukvård. Syftet med undersökningen är att belysa hur det är att arbeta som sjuksköterska på hjärtsviktsmottagning.

Om du kan tänka dig att delta i studien, kommer en individuell intervju att genomföras, med en av oss, på din arbetsplats. Intervjun beräknas ta 30- 45 minuter och kommer att spelas in. Inspelat material kommer att förvaras otillgängligt för andra och endast författarna kommer att ha tillgång till materialet.

Deltagande i undersökningen är helt frivilligt och du kan när som helst avsluta ditt deltagande utan att ange orsak. Din identitet kommer inte att kunna knytas till resultatet i studien. Resultatet av undersökningen kommer att presenteras som en uppsats vid Sophiahemmet Högskola i Stockholm. När uppsatsen är klar, kommer allt inspelat material att förstöras.

Verksamhetschef Xxx Xxxxx har godkänt studien.

Om du har några frågor kring studien är du välkommen att kontakta mig:

Xxx Xxxxx , leg sjuksköterska

Tel.nr: xxx/xxx xx x

E-post: xxx.xxxxxx@ xxxx.xx

Jag har läst ovanstående information och samtycker till att delta i studien.

Namn-teckning _____

Namn-förtydligande _____

Intervjuguide

Bakgrundsvariabler

- Grundutbildad sjuksköterska, när? _____
- Antal år i yrket _____
- Specialistutbildning, vilken och när? _____
- Antal år i yrket _____

Frågor, med förslag till sonderingsfrågor:

1. Hur ser er Hjärtviktsmottagning ut - rent praktiskt?
 - a. Vilka/hur många patienter?
 - b. Hur ofta/många mottagningsbesök?
 - c. Hur lång tid har varje patient till sitt förfogande?
 - d. Kontinuitet, fler ssk?
 - e. Möjlighet till läkarkontakt – konsultation?
 - f. Möjlighet till sjukgymnastik/kurator etc?
2. Hur ser ett mottagningsbesök ut?
3. Vad är din erfarenhet av att arbeta på hjärtviktsmottagning?
4. Kan du berätta om ett besök som du uppfattade som ett bra besök?
 - a. Vad var bra?
 - b. Vad var framgångsfaktorerna?
5. Kan du berätta om ett besök som du uppfattade som ett mindre bra besök?
 - a. Vad var det som inte var bra?
 - b. Vad saknades?
6. Om du fick önska, hur skulle er hjärtviktsmottagning se ut?

Fler sonderingsfrågor kommer att ställas utifrån det som framkommer under intervjun för att inte styra med egen förförståelse. Exempelvis be informanten förklara vidare kring xx, att utveckla xx, att fråga vad tänker du om xxx? och hur ser du på xx?