



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Att vara äldre och leva med kronisk hjärtsvikt

En intervjustudie

Författare: Anna Fast

Handledare: Azar Hedemalm

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp

Magisternivå

HT 2010

Titel: Att vara äldre och leva med kronisk hjärtsvikt. En intervjustudie.
Eng. title: To be elderly and live with chronic heart failure. An interview study.
Författare: Anna Fast
Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art: Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Vård av äldre, 60 hp
Termin/år: HT 10/2010
Antal sidor: 23

Abstract

Chronic heart failure is a common disease in elderly, and is the most common reason for hospitalization in patients over 65 years of age. Research on the elderly and heart failure often focus on treatment strategies, less research is available on patients' own experiences of living with chronic heart failure. **The purpose of** this interview study, was to gain more knowledge about patients' own experiences of living with chronic heart failure. Nine patients were interviewed and the text was transcribed verbatim and it was then analyzed with a phenomenological hermeneutical method. From the analysis, three main themes emerged. **The analysis showed** that all patients had lack of knowledge in terms of their disease, but also, knowledge about treatment and self-care was scarce. Living with chronic heart failure also affected the daily life negative in many ways. Isolation, difficulty to manage daily activities and, above all, lack of energy made the quality of life poor. All patients were dependent on help from relatives or outsiders in order to complete their daily lives. However, several informants could not see the need for more help from outside and relied entirely on the help and support from relatives. This leads to an unsustainable home situation with repeated admissions to hospital as a result. **Conclusion:** We nurses need to be better at helping patients to be more involved in their treatment and to take more responsibility for their own self-care. We should also involve and support family members and motivate the patient to accept professional help, and then we might reduce several readmissions and improve patients' wellbeing.

Keywords: fenomenologisk hermeneutik, kronisk hjärtsvikt, kvalitativ metod, livsvärld, äldre

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Begreppet äldre.....	1
Patientupplevelse	2
Begreppen hälsa och livskvalitet	2
Sjukdomen hjärtsvikt	3
Hinder för egenvård och följsamhet.....	4
Socialt nätverk	5
Copingstrategier.....	5
Förebyggande åtgärder	5
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Metod.....	6
Urval och datainsamling	6
Dataanalys metod	7
Analysprocessen	8
Tillförlitlighet och trovärdighet	9
Etisk prövning och etiska överväganden	10
Beskrivning av patientgrupp.....	10
Resultat	10
Brist på kunskap	11
Förändrad livssituation	12
Behov av stöd	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion	15
Analysmetod	16
Urvalets betydelse för resultatet	16
Resultatdiskussion/vidare förståelse.....	17
Konklusion och implikation	19
Referenser	20

Till Molly och Ellis som är min livsvärld

Inledning

Äldre patienter med diagnosen kronisk hjärtsvikt återkommer ofta akut till sjukhus, och ofta ser symtombilden likartad ut, med andningsproblem och ödem. Det är vanligt att dessa patienter har tre eller flera vårdtillfällen under en sexmånaders period och det beror ofta på dålig egenvård och dålig följsamhet av givna ordinationer. Det kan också bero på oro och depression relaterat till hjärtsvikten (Song, Lennie & Moser, 2009).

I Sverige lever ungefär 250-300 000 med diagnostiserad hjärtsvikt. Incidensen är cirka 30 000 och ökar med stigande ålder. Vanligast är att patienter insjuknar efter 75 år, kvinnor något senare (Hjärt-lungfonden, 2009). Hjärtsvikt är i de flesta fall en kronisk sjukdom som kräver långvarig och kontinuerlig behandling. Tio procent av befolkningen över 80 år har hjärtsvikt och hos patienter, >65 år, är hjärtsvikt den vanligaste orsaken till inläggning och återinläggning. Vårdkostnaderna för äldre patienter med hjärtsvikt är betydligt högre än för äldre patienter utan hjärtsvikt (Moser & Watkins, 2008) Totalt i Sverige beräknas kostnaderna för vård av hjärtsvikt till nästan tre miljarder årligen (Strömberg, 2005).

Forskning gör dock att behandlingsmetoderna blir allt effektivare. Nya läkemedel, förbättrade diagnostikmöjligheter och invasiva behandlingar gör att patienter med hjärtsvikt har möjlighet att leva många år med sin sjukdom, vilket i sin tur gör att det ställs stora krav på sjukvården att tillhandahålla resurser under lång tid. Idag har de flesta sjukhus hjärtsviktsmottagningar där specialutbildade läkare och sjuksköterskor arbetar för att förbättra diagnostiken och ge individuell uppföljning av olika behandlingsalternativ. Dessa mottagningar har avsevärt förbättrat livskvaliteten för patienter med hjärtsvikt (Hjärt-lungfonden, 2009). Trots att det är det mycket vanligt att äldre patienter med hjärtsvikt söker sjukvård akut, vet vi ganska lite om hur patienterna själva upplever sin situation.

Bakgrund

Begreppet äldre

Det finns ingen klar brytpunkt i livet när en person definieras som äldre. Snarare åldras vi med en gradvis försämring av fysiska och psykiska förmågor. Det finns fyra definitioner som beskriver åldrande och äldre. Biologiskt åldrande (primära och sekundära åldersförändringar), kronologiskt åldrande (antal år en person är), åldrandet som en fas i livet (åldersindelning i grupper till exempel 65-75 år) samt ekonomiskt/politiskt åldrande (till exempel pensionering) (Redfern & Ross, 2006). Generellt används 65 år som en gräns för att beskriva äldre som grupp, ibland även kallad yngre äldre. Mellan 65-74 år beskrivs som äldre och över 75 år som äldre äldre. Med äldre avses i denna studie, personer över 65 år. Under de senaste decennierna har dock studier påpekat vikten av att förflytta gränserna för definition av äldre och inkludera både fysiska, psykiska och sociala faktorer för att göra en helhetsbedömning (Orimo, Ito, Suzuki, Araki, Hosoi & Sawabe, 2006; Young, Frick & Phelan, 2009).

Successful aging är ett annat begrepp inom forskningen om äldre och definieras som "the heterogeneity of aging, multiple pathways to successful aging, and individual compensation mechanisms to adjust for aging-related changes" (Young, et al., 2009, sid. 88). Inom gerontologi finns ingen klar definition av gränsen äldre men forskning visar att gruppen äldre över 65 år kommer att flerdubblas fram till 2050. Alltså finns behov av forskning som visar på

preventionsåtgärder av sjukdomar hos äldre, men även definitioner av "healthy and successful aging" är viktiga för att kunna tillgodose komplexa behov hos äldre patienter (McLaughlin, Connell, Heeringa, Li & Roberts, 2010).

Patientupplevelse

Inom vårdvetenskap används begreppen livsvärld, lidande, subjektiv kropp och vårdrelation för att tydliggöra patientperspektivet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Ett etiskt patientperspektiv innebär en öppenhet och följsamhet för hur patienten upplever och beskriver sin livsvärld, patienten är expert på sitt liv. Med livsvärld menas allt det vardagliga i en människas liv, allt som människan gör och känner. Det centrala är patientens egen upplevelse av hälsa, lidande och vård. Lidande och välbefinnande finns hos alla individer och ofta finns båda känslorna representerade samtidigt. Vårdare har ett ansvar att bekräfta dessa båda känslor hos patienterna. Bekräftas inte patienternas känslor av lidande och välbefinnande kan det leda till att patienterna känner sig kränkta, deras självbestämmande negligeras och möjligheten att ta eget ansvar för sin hälsa minskar. Bekräftelse kan enklast ske genom att helt enkelt fråga patienterna hur de upplever sitt lidande och välbefinnande (Dahlberg, et al., 2003). En professionell vårdrelation innebär en mellanmänsklig relation där vårdaren har ansvaret för att mötet blir positivt. Vårdare har en skyldighet att försöka göra relationen livgivande för patienten. En dålig vårdrelation ger patienten en känsla av otrygghet, sänkt självkänsla och ökat vårdlidande. Målet med den vårdande relationen är istället att lindra lidande samt främja hälsa och välbefinnande.

Den vårdande relationen präglas också av respekt för patientens livsvärld och subjektiva kropp, där den subjektiva kroppen är en helhet som innefattar både fysiska, psykiska och andliga delar hos en individ. Den subjektiva kroppen är inget objekt utan människan är sin levda kropp, en helhet. Förändringar av kroppen genom fysisk eller psykisk ohälsa och lidande, påverkar patientens livsvärld. Att studera människan utifrån ett livsvärldsperspektiv innebär att vi beskriver hur den personen upplever och erfar sitt liv (Dahlberg, 1997). I vårdrelationen med äldre patienter finns det ett stort behov av reflexion hos vårdaren för att kunna uppfatta och ta del av deras livsvärld, både när det gäller lidande och välbefinnande (Dahlberg, et al., 2003). Äldre patienter kan ha svårare att uttrycka känslor och behov, dels beroende på fysiska kroppsförändringar (primära åldersförändringar) och psykiska förändringar såsom demens (sekundära åldersförändringar). Det är även viktigt att beakta och respektera att det inte finns en generell gräns för definition av vad äldre patienter innebär. Patientperspektivet innebär att vårdaren framförallt ser patienten som expert på sig själv och sitt liv och använder sig av den kunskapen i vårdmötet, oavsett ålder på patienten (Dahlberg, et al., 2003).

Begreppen hälsa och livskvalitet

Äldre patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sämre livskvalitet och det finns forskning som visar att dessa patienter även söker vård och intas på sjukhus oftare, än patienter utan hjärtsvikt (Hodges, 2009). Livskvalitet definieras av WHO som "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns" (Kuyken, et al., 1995, sid. 1405). Livskvalitet innehåller två centrala begrepp: välbefinnande och meningsfullhet men tolkningen av vad livskvalitet innebär är individuell (Nordenfelt, 1991).

Hälsa definieras av WHO (1948) "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" och innebörden liknar definitionen av livskvalitet. Hälsa kan också ses som en individs resurser för att uppnå livskvalitet (Nordenfelt, 2004). Patienter med ohälsa kan ändå uppleva livskvalitet och detta förklaras av att patienterna har känsla av sammanhang (KASAM). Antonovsky (1991) beskrivning av begreppet (KASAM) innebär att man kan känna välbefinnande och mening med tillvaron, oavsett hälsa eller ohälsa. KASAM innefattar tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att individen uppfattar stressorer (bra och dåliga) som tydliga och förståeliga händelser. Hanterbarhet innebär att individen upplever sig ha tillräckliga resurser för att hantera de krav som ställs i olika situationer. Slutligen finns meningsfullhet som är en motivationsskapande faktor, alltså något som gör att individen fortsätter vara delaktig i och kämpar på, även under svåra omständigheter. Dessa tre delar samverkar och kan finnas i olika stor utsträckning hos en individ (Antonovsky, 1991). Äldre patienter med KASAM kan bibehålla välbefinnande och livskvalitet trots sviktande hälsa (Hagberg & Rennermark, 2004).

Sjukdomen hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en komplex och svår sjukdom. Etiologi och symptom kan variera beroende på ålder och kön men hjärtsvikt är nästan alltid kronisk och vid utebliven korrekt behandling är mortaliteten hög. Hos äldre patienter är kronisk hjärtsvikt vanligast. Detta beror på att hjärtats pumpförmåga gradvis har försämrats av andra sjukdomar såsom hjärtinfarkt, flimmer eller högt blodtryck. I början är symptomen svaga och förvärras successivt. De vanligaste symptomen är trötthet, ofta extrem trötthet (fatigue), andnöd, nedsatt fysisk funktionsförmåga och ödem. Av personer äldre än 80 år har drygt tio procent hjärtsvikt (Strömberg, 2005; Berleen, 2003). Idag klassificeras hjärtsvikt i en funktionsskala som används över stora delar av världen, New York Heart Association (NYHA I-IV). Skalan är gjord så att patienten själv kan bedöma vilken svårighetsgrad som överensstämmer med dennes symptom. Bedömning av hjärtats funktion görs också med ultraljud, (ekokardografi, UCG). Genom ultraljud kan hjärtats pumpförmåga mätas, klaffarnas funktion kontrolleras och eventuella skador upptäckas. Lungröntgen i kombination med magnetröntgen (MR) och/eller kranskärlsröntgen (coronarangiografi) samt blodprover används ofta för att diagnostisera hjärtsvikt (Hjärt-lungfonden, 2009).

Det finns idag många olika behandlingsstrategier för patienter med kronisk hjärtsvikt (Amin, 2008). Vanligast är farmakologisk behandling med diuretika och vasodilaterare, men även digitalis och betablockerare används frekvent. Uppföljning och upptitrering av mediciner sker oftast på en specialistmottagning för hjärtpatienter. Forskning visar att dessa specialistmottagningar både minskar dödligheten och akuta återinläggningar relaterade till hjärtsvikt (Strömberg, 2005). Trots detta är det upp till fyrtio till femtio procent av äldre patienter med hjärtsvikt som återinläggs akut på sjukhus de första sex månaderna efter diagnos (Ehrenberg, Ehnfors & Ekman, 2003; Hodges, 2009). När farmakologisk behandling av patienter med hjärtsvikt är otillräcklig kan hjärtkirurgi bli aktuell. Vid kronisk hjärtsvikt är det främst biventrikulär pacemaker (CRT) som används. CRT hjälper hjärtat att pumpa mer synkroniserat och på så sätt blir pumpförmågan mer effektiv. Eftersom många av dessa patienter även har rytmrubbningar kan implanterbar defibrillator (ICD) vara ett alternativ eller komplement till CRT. Hjärttransplantation kan också vara en behandling vid livshotande

hjärtsvikt, det är dock vanligen yngre patienter som i övrigt är friska, som transplanteras (Strömberg, 2005).

Hinder för egenvård och följsamhet

En stor del av forskningen runt hjärtsvikt fokuserar på patienternas förmåga eller oförmåga till egenvård. Patienter får mycket information om vikten av egenvård i samband med diagnos och initiering av behandling och alla ska erbjudas uppföljning via hjärtmottagning eller primärvård. Trots detta är det bara en tredjedel av äldre patienter som deltar i någon form av utbildning om hjärtsvikt och egenvård (Strömberg, 2005). Äldre med hjärtsvikt har särskilt svårt att ta till sig och genomföra egenvård i den utsträckning som behövs för att hålla sjukdomen under kontroll (Dunbar, Clark, Quinn, Gary & Kaslow, 2008; Moser & Watkins, 2008). Egenvård definieras enligt WHO som; "...enhancing health, preventing disease, limiting illness and restoring health" (Moser & Watkins, 2008, sid. 206). Flera faktorer påverkar förmågan till egenvård. Nedsatt psykosocialt status kan innebära att patienten lider av depression, ångest och ensamhet vilket gör att egenvården blir oprioriterad. Naturliga åldersförändringar såsom nedsatt psykisk och fysisk funktionsförmåga samt kognitiva förändringar gör också att äldre patienter har svårare att utföra den egenvård som behövs. Dessutom saknas basala kunskaper om hjärtsvikt och möjligheter till prevention och egenvård. Utöver detta har äldre patienter med hjärtsvikt ofta andra sjukdomar som påverkar möjligheterna till egenvård, exempelvis demenssjukdom, diabetes och tumörsjukdom (Yu, Lee, Kwong, Thompson, & Woo, 2007; Dunbar, et al., 2008; Moser & Watkins, 2008).

När det gäller farmakologisk behandling eller egenvård av annan form, är det viktigt att patienten följer givna ordinationer. Följsamhet av ordinationer och rekommendationer kallas ofta i studier för *compliance. Compliance innebär att patienten skall följa vårdens riktlinjer vilket gör att patienten får en underordnad roll. På senare år har istället begreppet *concordance börjat användas mer och mer. Concordance syftar till få patienten att samarbeta, att bli en medaktör i planering och genomförande av vården, för att uppnå den bästa följsamheten (Hobden, 2006; Ekman, Andersson, Boman, Charlesworth, Cleland, Poole-Wilson & Swedberg, 2006).

Det kan finnas många orsaker till att följsamhet inte fungerar. Rädsla, okunskap om mediciner och dess funktion respektive biverkningar samt glömska är vanliga orsaker till att äldre har sämre följsamhet. Studier visar på att 70 % av äldre patienter som har låg följsamhet, gör det helt medvetet (Redfern & Ross, 2006; Eriksson, 2005). Följsamhet är också särskilt dålig hos kroniskt sjuka, där följsamheten kan vara så låg som 50 %. Orsaker till detta kan vara flera. Många äldre tycker att det känns obehagligt att ta medicin ifall det finns risk för beroende. Annat kan vara att patienten vill anpassa medicineringen efter sociala faktorer, såsom att undvika att ta diuretika innan resa (Ekman, et al., 2006). För att öka följsamhet till givna ordinationer krävs att patienten informeras och blir kunnig om sin medicinerings. Det är också viktigt att patienten och närmast anhöriga känner sig delaktiga i den behandling som ges för att öka motivationen till god följsamhet (Redfern & Ross, 2006).

*Compliance = tillmötesgående, samtycke, uppfyllelse, eftergivenhet

*Concordance = förenlighet, kongruens, överensstämmelse

Socialt nätverk

Socialt stöd eller nätverk är också en viktig faktor för patienter med hjärtsvikt. Patienter utan socialt nätverk löper större risk att läggas in på sjukhus, de mår ofta sämre psykiskt än patienter som har ett väl fungerande socialt nätverk och de har ofta högre dödlighet (Luttick, Jaarsma, Moser, Sanderman & Veldhuisen, 2005; Rundgren & Dehlin, 2004). Ofta finns det ett samband mellan begränsat socialt nätverk, låg socioekonomisk status och hälsa. Socialt nätverk förklaras som; *"Social förankring, social kontakt, socialt deltagande, informellt och emotionellt stöd och socialt inflytande utgör olika aspekter på det sociala nätverket, som alla har visat sig ha en positiv effekt på välbefinnandet, främst i form av bättre hälsa, mindre sjukdomsupplevande och ökat hälsobeteende genom den minskade utsatthet och sårbarhet som ett fungerande socialt nätverk utgör"* (Andersson, 2002, sid. 77). Anhörigas stöd har stor betydelse för hur äldre patienter med hjärtsvikt hanterar sin vardag. Många gånger får anhöriga (i de flesta fall make/maka) ta ett stort ansvar och när deras hälsa i sin tur påverkas, leder det ofta till att personen som har hjärtsvikt måste läggas in på sjukhus. Studier visar på vikten av att inkludera nära anhöriga att delta i samtal och utbildning för att kunna fortsätta orka vara ett stöd för den som är sjuk i hjärtsvikt (Yu, et al., 2007; Luttick, et al., 2005).

Copingstrategier

Yu, et al. (2007) och Hodges (2009) studier visar på vilka upplevelser äldre patienter med kronisk hjärtsvikt har av sin sjukdom samt hur möjliga copingstrategier ser ut. Coping är ett vitt begrepp som inkluderar många delar. En definition av coping är att förklara relationen mellan individens förmåga att hantera en stressituation till exempel sjukdom och omvärldens krav (Hagberg & Rennermark, 2004). Utifrån situation, väljs en copingstrategi som är anpassad till individens resurser. Copingstrategier är dynamiska och ändras över tid. Äldre patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sämre livskvalitet, social isolering och psykisk ohälsa beroende på okunskap om sin sjukdom, ångest och oro. Vissa skillnader finns mellan hur kvinnor och män beskriver sina upplevelser av hur det är att leva med kronisk hjärtsvikt. Äldre män beskriver att de känner sig orkeslösa och därför begränsade i vardagen. Kvinnor känner sig mer osäkra på sig själva och sin omgivning. Männerna hanterar detta genom att ha en stark realistisk tro på att sjukdomen inte skall förvärras. Kvinnorna däremot, uppger att de ofta har accepterat sin situation och kan känna sig tillfreds med det (Yu, et al., 2007). Detta påverkar också skillnader i förmåga, att använda sig av copingstrategier, mellan könen. Det visar sig också att stöd av nära anhörig är den främsta faktorn till att patienter, både män och kvinnor, med hjärtsvikt upplever sig ha bättre coping än de som saknar socialt nätverk (Yu, et al., 2007; Hodges, 2009).

Förebyggande åtgärder

En annan stor del av forskningen om patienter med hjärtsvikt inriktas på studier om nyttan av preventiva åtgärder såsom lasarettansluten hemsjukvård, sjuksköterskor med specialistkompetens som arbetar i kommunal vårdform eller primärvård med uppsökande verksamhet. Ehrenberg, Ehnfors & Ekman (2003) och Stewart & Horowitz (2002) visar att preventiva åtgärder kan förhindra återinläggning på sjukhus om tecken på försämring upptäcks tidigt och behandling kan starta omgående i hemmet. Detta sparar patienten mycket lidande och besvär. Ekonomiskt är det också fördelaktigt, med mycket pengar att spara för samhället. Äldre patienter med kronisk hjärtsvikt kan ofta behandlas hemma och

därmed slippa den påfrestning som det innebär att komma till sjukhus akut. Behandlande läkare kommer till patienten och initierar behandling som sedan följs upp av sjuksköterskor inom primärvård eller hemsjukvård (Tibaldi, Gianluca, Scarafiotti, Gariglio, Zanolchi, Mario, Bergerone & Ricauda, 2009). Akuta återinläggningar på sjukhus av patienter med hjärtsvikt kan minskas genom satsningar på särskilda utskrivningsprogram. När en patient skrivs ut från sjukhuset finns både sjuksköterska från sjukhuset och kommunen med för att identifiera vilka risker för återinläggning som finns, men också för att planera optimal vård och omsorg. Därefter sker uppföljande besök i hemmet av sjuksköterska. Detta gör att patienterna i större utsträckning kan behandlas hemma och därmed slippa frekventa sjukhusbesök eller i alla fall reducera antalet gånger (Kwok, Lee, Woo, Lee & Griffith, 2008; Naylor, Brooten & Cambell, 1999). Utbildning till patienter med hjärtsvikt är också en viktig faktor när det gäller prevention. Mer kunskap kan göra att patienterna klarar egenvården bättre och därmed undviks flera akuta sjukhusbesök (Strömberg, 2005).

Problemformulering

Enligt tidigare forskning söker många äldre patienter med kronisk hjärtsvikt akut för att de har en kombination av ensamhet, dålig följsamhet av egenvård, bristande socialt nätverk samt för lite stöd i hemmet. Forskningen visar också att det är vanligt att äldre patienter med hjärtsvikt har tre eller flera vårdtillfällen under en sexmånaders period och vårdkostnaderna för dessa är mycket högre jämfört med patienter utan hjärtsvikt.

Det finns dock mindre kvalitativ forskning som belyser patientens livsvärld det vill säga, vad det innebär att leva med kronisk hjärtsvikt och att ofta behöva uppsöka akutsjukvård. För att få mer kunskap om det behövs det en beskrivning av patienternas egna upplevelser av sin sjukdom och livssituation.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva vad det innebär för äldre att leva med kronisk hjärtsvikt.

Metod

Urval och datainsamling

Urval av informanter för denna studie har gjorts med utgångspunkt hos äldre personer, över 65 år, med kronisk hjärtsvikt som sökt sjukvård akut vid minst tre tillfällen under en sex månaders period. Övriga inklusionskriterier var att primär inläggningsorsak skulle vara hjärtsvikt samt att patientens kognitiva förmåga inte var så nedsatt att intervju ej gick att genomföra. Informanterna har rekryterats från fyra olika medicinavdelningar i Norra Älvsborgs länssjukvård/Uddevalla sjukhus (NU-sjukvården). Exklusionskriterier har varit patienter med kognitiv funktionsnedsättning, patienter som haft diagnos < 1år samt patienter med hjärtsvikt där inläggningsorsak varit annan än hjärtsvikt.

På avdelningarna har respektive vårdenhetschef eller patientcoordinator identifierat och tillfrågat patienter som uppfyllt inklusionskriterierna, om de samtycker till denna intervjustudie. Tid för intervju har sedan bokats av vårdenhetschef/ patientcoordinator och vid intervjutillfället har både muntligt och skriftligt samtycke inhämtats (Bilaga II och III). Totalt har tolv patienter tillfrågats under perioden mars till maj 2010. Tre patienter avböjde att delta. En patient blev akut sjuk samma dag som intervjun var bokad och två patienter (kvinnor) skrevs ut från sjukhus innan tiden för intervjun. Av de tolv patienterna som tillfrågades att delta i intervjustudien, var två kvinnor. Resultatet är baserat på nio intervjuer, samtliga intervjupersoner var män. Intervjuerna har skett på den avdelning informanterna var inlagda. En patient valde att endast ge muntligt godkännande till intervju och att journaluppgifter hämtades.

Patientintervjuer valdes som datainsamlingsmetod för studien. Enligt Lindseth & Norberg, (2004) söker den kvalitativa forskningsintervjun att förstå den levda världen från intervjupersonens perspektiv, ett livsvärldsperspektiv. Intervju är särskilt lämpligt att använda som metod för att beskriva människors egna upplevelser och uttryck av meningen med livet. Den kvalitativa forskningsintervjun bildar kunskap genom att forskaren och intervjupersonen interagerar och forskaren använder sig själv som subjekt för att nå förståelse för den andres livsvärld. Vid intervjuer med patienter, där vi som vårdare låter deras berättelse och livshistoria stå i centrum, får vi till ett möte som visar ett genuint intresse för varje patient som en unik individ med en egen historia och då får vi också ta del av deras livsvärld (Dahlberg, et al., 2008).

Initialt gjordes två testintervjuer, dels för att få en förståelse för hur en intervju går till, men även för att se om vald metod för datainsamling skulle ge relevant information utifrån syftet (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid den första testintervjun ställdes frågor som; "kan du berätta om hur du mår? kan du beskriva din situation?" Dessa frågor genererade svar som; "jo tack, jag mår bra eller just nu har jag det jättebra här på sjukhuset". Detta gav inte den information som eftersöktes. Till nästföljande intervju valdes en annan inriktning. Målet med intervjuerna var att beskriva hur patienterna upplevde sin situation genom att ställa en öppen fråga. Den frågan som ställdes var "kan du beskriva hur du har mått de senaste sex veckorna? Denna fråga har sedan följts upp med följdfrågor som "kan du berätta mer om...", "kan du förtydliga?". Det ändrade förhållningsättet ledde till en berättelse från patienterna som delgav intervjuaren patientens version av hur det är att vara äldre och leva med kronisk hjärtsvikt. Intervjuerna skedde avskilt och digital bandspelare användes för att få så bra ljudkvalitet som möjligt. Intervjuerna varade mellan tio och arton minuter. Tre intervjuer kortades ner då patienten blev så andfådd att det blev svårt att föra ett samtal. Varje intervju transkriberades samma dag som den gjorts för att inte tappa känslan och sammanhanget från intervjun. Samtliga intervjuer transkriberades av författaren.

Dataanalys metod

Analys av intervjuerna har skett utifrån fenomenologisk hermeneutisk metod, utvecklad av Lindseth och Norberg (2004). Både fenomenologin och hermeneutiken har som mål att utforska människans levda erfarenheter, att beskriva ett livsvärldsperspektiv (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Rosberg, 2008; Nyström, 2008; Polit & Beck, 2008). Jag valde denna metod för att integrering av dessa två perspektiv tillåter mig båda vara öppen och "gå

till sakerna själva" samtidigt som jag tillåts tolka fenomenet utifrån mina egna referensramar. Jag ger därför en kort beskrivning av båda skolorna nedan.

Fenomenologisk hermeneutiskt perspektiv bygger på två olika skolor det vill säga fenomenologi (deskriptiv) och hermeneutik (interpretiv). Den deskriptiva fenomenologin beskriver ett fenomen "så som det visar sig" och försöker sätta författarens förförståelse åt sidan (bracketing) för att så objektivt som möjligt beskriva fenomenet. Målet är att vara så öppen som möjligt mot fenomenet och att göra en beskrivning av den upplevda verkligheten så sann som möjligt. Det är dock svårt att helt åsidosätta sin förförståelse. Vi ser och förstår andra genom den kunskap och erfarenhet, alltså förförståelse, som vi har med oss. Dahlberg, et al (2008) beskriver detta som intersubjektivitet. Genom att vara medveten om och reflekterande kring sin förförståelse kan man använda den, viktigt är dock att öppenheten kommer i första hand (Dahlberg, et al., 2008). Lindseth and Norberg (2004, sid. 152) instämmer med Dahlberg, et al (2008) och skriver att "We understand in relation to our preunderstanding".

Hermeneutisk analysmetod består av tolkning och där är författarens förförståelse viktig för att se och utveckla ny kunskap från en textmassa. Hermeneutiken försöker tolka *vad* saker innebär för en person och *varför* det i så fall innebär något. Det finns ingen ren sanning som skall verifieras genom hermeneutisk tolkning, utan hermeneutiken accepterar en berättelse som "sann" eftersom den är sann för den som berättar, den levda sanningen. Tolkningen sker kontinuerligt, mellan helheten (the context) och delarna (the text), och kallas hermeneutisk cirkel (Nyström, 2008).

Analysprocessen

De transkriberade intervjuerna lästes med öppenhet för att fånga helheten, så kallad naiv läsning. Med hjälp av en strukturanalys organiserades materialet genom att meningsbärande enheter plockades ut och sedan transformerades/kondenserades dessa till subtema/syntes. De olika synteserna bildade sedan en ny helhet som beskrev fenomenet. Tolkningen av fenomenet i texten gjordes genom att texten läses som en helhet igen och de teman som framkommit sattes i relation till litteratur inom området för att ge en vidare förståelse. Analysen går från det som patienten sagt i intervjun eller naiv läsning/förståelse till författarens tolkning av fenomenet i texten dvs. comprehensive understanding/vid förståelse (Lindseth & Norberg, 2004).

Vid analys av intervjuerna har många subteman framkommit och dessa sammanställdes till åtta teman som alla beskriver på något sätt hur äldre personer med kronisk hjärtsvikt upplever sin situation samt vad som påverkar dem att söka vård ofta. De åtta grupperna har sedan strukturerats om till tre huvudteman; brist på kunskap, förändrad livssituation och behov av stöd. Tabellen nedan illustrerar exempel på analysgången.

Tabell 1: Tabell över strukturanalys exempel				
Meningsbärande enhet	Kondensering	Subtema	Tema	Huvudtema
Jaa det får ju gå vet du.. jag har ju .. försökt att gjort så mycket jag kunnat vet du. Utan det har ju gått för att jag har fått lite hjälp av grannarna. och så vidare...	Försöker att klara så mycket som möjligt själv och med hjälp av grannar	Försöker vara oberoende av andras hjälp	Vill vara oberoende	Behov av stöd
Hur fungerar det egentligen? Hur känner jag det? Det vet jag inte egentligen. Känner, jag vet inte... hjärtsvikt, det är klart att jag förstår att det är nånting som sviktat, nånting som inte styrs men jag har ju ingen...	Vet inte vad hjärtsvikt är och kan inte beskriva hur det känns	Förstår att något sviktat men vet inte vad	Saknar kunskap om sin sjukdom	Brist på kunskap
Neej det kan jag inte påstå, att de har satt fingret på. Att så och så fungerar det.	Tycker inte att han har fått tillräckligt med information om hjärtsvikt	Saknar information	Saknar kunskap om sjukdom och behandling	
... så är den (livskvaliteten) helkass idag, det är den ju	Dålig livskvalitet idag	Hjärtsvikten har gjort att livskvalitet är dålig	Påverkan på livskvalitet	Förändrad livssituation
ja jag vet inte hur jag skall säga, tänka mig att gå nånstans, förströelse, gå på teater, bio eller nåt sånt, det kan jag inte tänka mig. Det klara jag inte.	Kan inte tänka sig att gå ut och se på teater eller bio	Inskränkta möjligheter att gå på teater och bio eller dyl.	Sjukdomen inskränker livskvaliteten	

Tillförlitlighet och trovärdighet

Inom kvalitativ forskning, såsom en intervjustudie, används begreppen tillförlitlighet, trovärdighet, objektivitet och överförbarhet för att beskriva om resultatet är validerat (giltigt). Denna studie visar hur nio äldre patienter med kronisk hjärtsvikt beskriver sin livsvärld. Det går inte att generalisera utifrån dessa resultat men det ger en djupare förståelse för hur det är att vara äldre med hjärtsvikt, vilket också var syftet med studien. Författaren har intervjuat, transkriberat och analyserat allt material. Konsekvent har strävan varit att vara öppen och objektiv, både vid intervju samt analys. Urval, metod och analys har beskrivits noggrant för att styrka studiens validitet. För att öka trovärdigheten och tillförlitligheten har analyserat material stärkts med citat från intervjuerna (Dahlberg, et al., 2008; Kvale & Brinkmann, 2009; Lindseth & Norberg, 2004).

Etisk prövning och etiska överväganden

Etisk prövning söktes vid Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst. Ansökan godkändes av etisk kommitté 100416 efter komplettering gjorts. Dnr 2010/47B22. Tillstånd att genomföra intervjuerna har även godkänts av berörda verksamhetschefer inom medicinkliniken, NU-sjukvården. (Bilaga I och Ib).

Etiska överväganden har gjorts kontinuerligt under arbetes gång. Vetenskapsrådets forskningsetiska principer har följts vilket innebär att kravet på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande har uppfyllts (Vetenskapsrådet, 2002). Information om studiens syfte har lämnats både muntligt och skriftligt, innan intervjun och i samband med intervjun. Skriftligt samtycke har lämnats av patienterna, dels till att frivilligt delta och dels till att författaren har fått tillgång att inhämta vissa journaluppgifter.

Beskrivning av patientgrupp

Nio patienter har ingått i intervjustudien och samtliga var män. Yngsta deltagaren var 74 år och äldsta 92 år, medelåldern var 82 år. Hjärtfunktion skattades med NYHA -skalan, dels av patienten själv, men fanns även dokumenterat i journalen hos tre av deltagarna. En patient hade klass II, sex patienter hade klass III a-b och två patienter hade klass IV. UCG var inte utförd nyligen på två av patienterna och de övriga sju hade ett medianvärde av EF (ejektionsfraktion/ pumpförmåga) på 20 %, högsta värdet var 60 % (från 2006) och lägsta värdet 10 - 15 %. Samtliga patienter i studien hade ytterligare minst två kroniska sjukdomar. Det kunde vara diabetes typ II, kronisk ischemisk hjärtsjukdom, kronisk njursvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Sex av männen levde tillsammans med sin fru i det egna hemmet, två levde ensamma och en bodde på servicehus. Tre hade hemtjänst (inklusive mannen som bodde på servicehus) och fyra hade kontakt med hemsjukvård eller annan regelbunden sjukvård. Fyra av männen hade anhörig som kunde hjälpa till (förutom frun). Antal vårdtillfällen under sex månader varierade från tre till sex gånger. Åtta av patienterna hade tre- fem vårdtillfällen och en patient hade legat på sjukhus sex gånger senaste sex månaderna.

Resultat

Efter strukturanalys av intervjuerna bildades till slut tre huvudteman; brist på kunskap, förändrad livssituation och behov av stöd. Dessa tre teman som presenteras nedan, summerar syftet med intervjuerna. Efter varje citat från intervjuerna följer ett nummer som representerar en patient, det vill säga en intervjuperson (IP 1-9).

Egenvård	Brist på kunskap
Saknar kunskap om sjukdom och behandling	
Sjukdomsupplevelse	Förändrad livssituation
Påverkan på livskvalitet	
Påverkan på dagliga livet	
Beroende	Behov av stöd
Oberoende	
Vikten av medicinskt stöd	

Brist på kunskap

Alla patienter beskrev någon slags kunskapsbrist. Diagnos, symtom och behandling var de områden där kunskapsbristen var mest påtaglig. Flertalet av de intervjuade hade inte kunskap om de mediciner de åt och varför, vilket gjorde att konsekvenserna blev stora när de ibland valde att ändra givna ordinationer eller ignorera de som givits av läkaren. Detta var vanligt om de exempelvis skulle åka bort och därför inte ville ta vattendrivande för att undvika risken för urinläckage. Andra tillfällen kunde vara när patienterna kände sig bra och därför inte såg behovet av äta samma mängd mediciner som när de var sjuka. Att få en diagnos var inte samma sak som att ha kunskap om sin sjukdom. Flera patienter beskrev också att de sköt ifrån sig ansvaret för kunskapsbristen. Detta hände ofta genom att de lät anhörig (oftast frun) sköta medicineringen och därmed hävdade de att eventuella fel och brister i medicineringen inte berodde på dem själva.

"Jaa, det har jag, men vad de (vattendrivande) heter det vet jag inte. Har jag haft länge. Jag vet inte vad de heter, jag har en medicinlista med mig som jag lämnade här men jag vet inte vad de heter." (IP 4)

"Jag brukar säga att du får fråga min fru." (IP 5)

"Och det är tack vare frugan också. Hon sköter min medicin." (IP 4)

Kunskapsbrist visade sig också när patienterna inte tyckte att behandlingen hjälpte. Flera patienter beskrev att de tog medicin så "som de alltid har gjort" utan insikt i att hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som kontinuerligt försämras även om patienten saknar behandling. Därför gick också många av patienterna regelbundet på en hjärtsviktsmottagning för att prova ut nya mediciner samt för att få hjälp med att justera medicindoserna, kontroll av blodprov och blodtryck. Några av patienterna tyckte dock inte att hjärtsviktsmottagningen hade hjälpt dem, att det var ganska onödigt att gå dit. Flera av patienterna hade gått på hjärtsviktsmottagningen länge, ibland 10-15 år och trots det saknades kunskap om varför de egentligen behövde göra detta.

"jag har varit på den här hjärtsviktsmottagningen. ... Jag vet inte om det gav nåt speciellt egentligen. (...) Så att jag på eget bevåg skall jag säga, gick upp till sex tabletter igen då och det hjälpte ju inte " (IP5)

"Hjärtsvikt? Jaa det har jag haft några år ser du. Men jag har ju inte känt de... förste gången var det väldigt mycket. (...) Jaa det är, när en är frisk tänker en ju inte alls på det." (IP7)

"Hur fungerar det egentligen? Hur känner jag det? Det vet jag inte egentligen. Känner, jag vet inte... hjärtsvikt, det är klart att jag förestår att det är nånting som sviktar, nånting som inte styrs men jag har ju ingen...." (IP8)

En del av patienterna beskrev att de visste om att de hade hjärtsvikt men att de inte riktigt visste vad det innebar eller hur det påverkade kroppen. Denna kunskapsbrist blev väldigt tydlig när diskussionen kom in på egenvård. Eftersom flertalet saknade kunskap om hur hjärtsvikt påverkar kroppen ledde det till utebliven egenvård. Att motivera sig till vätskerestriktion, daglig viktkontroll samt noggrant följa sin medicinering kändes främmande för de flesta av patienterna. För många innebar en symtomfri period att de kände sig "friska" och därför kunde ignorera eller modellera med egenvården.

"Naae, det är ju på det viset, (...) det är ju vätska i benet så en dricker ju inte så mycket. Men sen är det ju ibland att man dricker ju ändå." (IP 2)

"Jaa, jag dricker nog mycket. Det gör jag. Och det blir väl mest vichyvatten... en del dagar så törstar jag mycket mycket mer än andra dagar va." (IP 4)

"Jaa, det gör jag. Det står alltid en flaska här. (om att dricka) Ja säg det. Det... vätska blir det en hel del, men jag kan inte säga exakt hur..." (IP 9)

I och med att vissa patienter inte såg samband mellan förvärrad hjärtsvikt och viktuppgång, såg de heller ingen anledning att väga sig regelbundet. Detta gjorde att patienterna samlade på sig vätska och till slut var de tvungna att söka sjukvård akut på grund av andningsproblem. Att inte kunna förstå sambandet mellan symtom och sjukdom kunde göra att patienterna med hjärtsvikt hade flera vårdtillfällen under kort tid. Det skulle kunnat undvikas om behandling och egenvård följts. Några patienter påtalade till exempel vikten av att dricka extra mycket när de behandlades med vattendrivande medicin så att inte lederna skall torka ut, vilket visade på den okunskap som fanns. Patienterna visste att de måste komma in till sjukhus när andningen blir sämre och benen svullnar, ibland så ofta som en till två gånger i månaden, men kunde ändå inte sätta det i samband med bristfällig egenvård.

"Väger??? Du jag skall säga dig nånting... att jag har en våg som inte är värd att torka faan i arshlet med. Den kallar sig för Eken denna vågen och du förstår att om jag går upp påna så visar hon trettio kg och så går jag påna igen och då visar hon trettionio va, så att jag sa; ta fan våga och släng na i golvet så jag slipper och se na. Så skit. Och detta skall vara den bästa vågen, hur är dom andra då? Det skall vi inte tala om." (IP6)

(...) "måste ju dricka en del annars blir en ju alldeles uttorkad... allt detta Impugan som man har fått, sprutor också... det torkar ju ut leder också." (IP8)

"Neej, jag väger mig inte. Jag gick ner 16 kg, gick jag ner. Men nu har jag gått upp fem kg igen." (IP7)

På frågan om vad de själva brukade använda för egenvård var det flera som tog upp vikten av att vila. Att äta grönsaker var det också flera som gjorde, om än motvilligt. En patient uppgav att han vägde sig regelbundet (1 ggr/veckan) eftersom han fick hjälp med detta på sitt boende. En man uppgav också att han vägde sig varje dag. Trots det hade han nyligen vårdats för ödem och dehydrerats på tjugo kilo vätska.

"Jaa, jag brukar lägga mig lite så går det över, och så försöker jag och å ta djupa andetag." (IP1)

"Så det blir ju, det blir ju vanlig husmanskost kan man säga. Hon plågar i mig grönsaker varje dag och allt ihopa det där." (IP5)

Förändrad livssituation

Att leva med kronisk hjärtsvikt innebar en försämring av kroppsfunctionerna. Främst var det andningspåverkan och ödem som gav en sjukdomsupplevelse. Känslan av att inte kunna andas samt begränsningar i rörligheten på grund av ödem beskrevs som det främsta hindret. Kroppen kändes gammal och sliten och orken fanns inte där, för att sköta vardagssysslorna vilket beskrevs av alla informanterna på olika sätt. Dessa sysslor kunde vara att handla, laga mat, sköta hygien, städa, tvätta etc. Andningen blev gradvis sämre och ofta behövde patienterna söka sjukvård akut. Kronisk hjärtsvikt påverkade även andra sjukdomar och samtliga patienter i studien hade ytterligare minst två kroniska sjukdomar. Problem med

andningen blev ofta en akutsituation i samband med en infektion eller kraftig viktuppgång på grund av vätskeansamling. Vätskeansamlingen i kroppen var så kraftig att det försvårade andningen drastiskt, vilket gjorde att de var tvungna att uppsöka sjukhuset akut. Detta var väldigt jobbigt och ångestframkallande. Flera beskrev dessa episoder med andningsproblem och frekventa inläggningar på sjukhus som att de skulle dö.

"Det är inga ben det här... det är ekestockar! (...) Nej, de senaste tio åren. De var de jävla källepojarna som förstörde benen. Dom sa att dom behövde ådror och så tog dom för mycket..." (blir ledsen)(IP6)

"Jag var väldigt sjuk, jag var väldigt dålig. Klockan två på natten tänkte jag att jag skulle dö ifrån. Jag fick ingen andning, jag fick inge luft, jag kunde inte andas. (paus)" (IP7)

- Hur mår du då när du åker in, kan du beskriva det? "Skitdåligt! Kan man säga." (IP9)

Kronisk hjärtsvikt hade också stor påverkan på det dagliga och sociala livet. I stort sett alla patienterna uttryckte att de kände sig isolerade på ett eller annat sätt och att påverkan på dagliga aktiviteter var stor. Flera av patienterna kände sig isolerade på grund av både sjukdom och medicinering eftersom de vattendrivande medicinerna gjorde att det var nödvändigt med tillgång till toalett under stor del av dagen. Ödem och andningsbesvär gjorde det svårt att rent fysiskt orka ta sig upp och ut. Arbeta i trädgården, hälsa på vänner, gå och handla eller resa var nästan omöjligt. Flertalet hade slutat köra bil vilket innebar ytterligare isolering om inte anhörig kunde ställa upp och köra. Problemet för en del av de intervjuade var att ofta hade maken (som det var i dessa fallen) inte något körkort eftersom maken ensam hade kört bilen. Istället blev det barn eller grannar som fick ta på sig att köra eller uträta ärenden. Andra beskrev problem med att kunna behålla sommarstugan eftersom de inte orkade underhålla mer än en bostad. Två patienter tyckte det kändes tråkigt att inte orka jobba som tidigare. Hade patienterna varit väldigt aktiva och haft många projekt på gång, var det svårt att ställa om till en tillvaro där de vill men inte kan.

"...har ju kört bil sen jag var .. vad var jag, 47 år sedan, har jag kört varje dag. jag har kört fram till en par månader sedan." (IP1)

"Tidigare har jag varit ute, jag har ju rollator, och gått på dan. Men jag är ju sämre, jag orkar inte, ja det blir kortare sträckor mot förr. Så det har blivit sämre." (IP2)

"Bara för ett år sedan kunde jag gå en promenad på en kilometer men idag får jag nöja mig med en rundvandring på tomten hemma." (IP5)

Av de intervjuade patienterna framhöll de flesta att deras livskvalitet påverkades negativt av sjukdomen hjärtsvikt och påföljande behandling. Exempelvis beskrev de att det blev svårt att hålla tätt och detta begränsade deras rörelsefrihet samtidigt som de inte orkade göra det som de ville. En patient upplevde dock sin livskvalitet som god och två patienter beskrev att de hade förlikat sig med och accepterat sin livssituation och på så sätt försökt upprätthålla sin livskvalitet. Alla intervjuade beskrev på ett eller annat sätt att de hade resignerat inför sin sjukdom, att det fick bli som det ville och att det inte spelade så stor roll vad som skedde med dem. Livet går mot sitt slut och åt det finns inget att göra.

"jag vet inte vad jag skall säga, det, en får väl ha et som en har et. Det är väl inte mötet att välja på." (IP 2)

" Sen det här, det här med vattendrivande eller urindrivande medicin, det är ju det att det kommer inte så att jag kan säga att jag måste gå på en toalett, jag kan klara mig en kvart eller, det går inte, utan det är precis, snabbt som kommer så jag får ja ha en sån här flaska som jag har här, det har jag en hemma också. På så vis är ju livskvaliteten betydligt sämre. Det är den. (paus)" (IP 4)

"- Jaa, den (livskvaliteten) är lite naggad i kanten. Det är den. Hade jag kunnat göra det jag vill, jag kan inte jobba i trädgården som jag skulle vilja, och så vidare. Däremot så så har vi ju ett gott förhållande till våra barn och barnbarn. (Paus) (ledsen) Så det går ju allt bra... - Jaa, min livskvalitet ja den kunde vara bättre. Jajamen. (paus) (IP 5)

Behov av stöd

Majoriteten av patienterna bodde kvar i det egna hemmet med olika former av hjälp. En patient bodde i servicelägenhet. Alla patienterna beskrev ett stort behov av hjälp från anhöriga, i synnerhet de som inte hade hemtjänst eller hemsjukvård. Samtliga var beroende av hjälp för att sköta vardagliga saker såsom att handla, laga mat och tvätta etc. Sex av männen bodde tillsammans med frun och förlitade sig helt på att hon skulle klara av att sköta allt hemma. Några hade även avböjt eller avvaktat med insatser från hemtjänst och hemsjukvård så länge som frun orkade utföra sysslorna. Att förstå att de var beroende av hjälp innebar inte alltid att de ville ta in hjälp utifrån. Detta trots att belastningen på närmast anhörig kunde bli väldigt tung under långa perioder.

"Jaa hon e inte nåt vidare bra hon. Hon har lite hjärtsvikt också. Men hon har varit väldigt duktig. Åttiotre år e hon." (IP1)

"För min fru är ju dålig hon också. Ont i benen och rygg. Men hon är väldigt redig till och hålla till att hålla hemmet i stånd va. Det är hon." (IP4)

"Nae, det är min fru då. (som sköter om allt) ... min fru då.. hon är som ett torrt skinn va..." (IP5)

Flertalet av patienterna uttryckte att de inte skulle klara sig utan stöd av anhöriga och sitt sociala nätverk. Även barn och grannar var viktiga personer för att klara av vardagssysslor. Klippa gräs, fixa nödvändiga saker med huset, göra ärenden eller komma med kort varsel när vederbörande blev sjuk var saker som anhöriga hjälpte till med.

"Jaa det har vi, jag har ju en bror, som inte bor så långt ifrån, som hjälper mig mycket. Och så har jag underbara grannar. Som hjälper mig och som alltid säger; är det nåt så ring, är det nåt så ring." (IP4)

"Så det, en finner sig ju i det, så den hjälp man får är man ju tvungen att ha." (IP2)

Att vara oberoende var viktigt för patienterna. Som nämnts tidigare var det en del av patienterna som behövde mycket hjälp men som avböjt till exempel hemtjänst och istället tänkt sig att klara sig själv, för att inte vara beroende. Trots en ohållbar hemsituation var det flera som framhållde i detta att de inte ville ha extern hjälp utan förlitade sig helt på att anhöriga skulle kunna och vilja hjälpa till. Andra hade redan pratat om att ansöka om hemtjänst, men ändå valt att vänta eftersom de ville vara oberoende så länge som möjligt. Orsaker till att några valde bort hemtjänst var att det var för dyrt, "de gör ändå inget" eller att de inte ville lämna ut sina hemnycklar till främmande människor. Ibland kunde det vara så att patienten absolut inte ville ha hemtjänst medan frun hade önskemål om detta

eftersom hon kände att situationen var ohållbar och att hon inte orkade sköta om både make och hem.

"Ja vi har allt resonerat om det. Jag tyckte det var det jäv... de var och städa lite, och jag tyckte det var så jävla dyrt så... de sa att det var så billigt men det var det inte, det var förbannat dyrt tyckte jag." (IP1)

"jag har sagt det till frugan när hon har frågat, att så länge vi klarar oss, så länge vi kan gå upp på morgonen, frugan lagar mat så har vi inte brytt oss om nån hemhjälp. För vi tycker ju det är roligt att kunna klara oss, att klara sig lite själv också. På så vis är det. Men nu vet jag inte, nu blir det kanske så att vi får lite hemhjälp." (IP4)

"Vi har inte hunnit så långt, (om hemtjänst) men... min fru vill gärna ha lite hjälp..." (IP9)

"(...) blir det inte bättre så, så skickar han hem mig. (ohörbart) Jag berättade det för min fru och hon tyckte inte alls att det var bra. "Jag kan väl inte ta hand om dig" sa hon." (IP5)

Patienterna beskrev att de hade en tät kontakt med sjukvården i någon form och flera påtalade hur viktigt det var med medicinskt stöd. Samtliga intervjuade hade vårdats flera gånger på sjukhus på grund av sin sjukdom och flera av dem hade kontakt med hemsjukvården. Flera av patienterna ingick i ett vårdprogram som genomfördes vid MÄVA (Medicinsk äldrevårds avdelning). Detta innebar en stor trygghet för patienterna då de kunde antingen själva eller med hjälp av sjuksköterska i hemmet komma i kontakt med avdelningen och på så sätt kunna åka direkt dit utan att behöva passera akutmottagningen. De kunde även ringa till avdelningen dygnet runt för att få råd. Alla patienter var nöjda med den vård de hade fått för sin hjärtsvikt även om de inte alltid samtyckte till medicineringen. Av de som hade hemsjukvård var det några som påtalade hur skönt de tyckte det var att någon kunde komma och bedöma deras tillstånd, alltså om de behövde åka in till sjukhus eller ej, vid akut försämring.

(...) "distrikts-sköterskorna alltså som ser om mina ben och mina fötter (...) så tyckte dom att jag va ehh väldigt tung i bröstet. Och då sa dom det att ehh, att det var lika bra att du åkte in och fick en behandling." (IP4)

"Och jag har varit här och vilket förnämligt... jag behöver inte göra nånting, de torkar en i änden och gör allting, en är som en prins. De gör allting (...) Ja, det finns inget bättre ställe." (IP6)

"Jag har ju sköterska som kommer hem till en ibland, och hon sa väl det att det går inte längre. Hon sa; att du måste in (...)på så vis hamnade jag hit (MÄVA), varje gång jag inte klarar av det hemma. När benen svullnar." (IP2)

Diskussion

Metoddiskussionen belyser styrkor och svagheter med studien. Urval och patientgrupp diskuteras liksom för- och nackdelar med metodvalet för studien. Analysmetoden diskuteras och motiveras utifrån syftet med studien.

Metoddiskussion

Att välja datainsamlingsmetod föll sig ganska naturligt. För att få veta hur äldre patienter själva beskriver sin livssituation, hur de tycker att det är att leva med kronisk hjärtsvikt, vad

som påverkar dem att ofta söka sjukvård, bedömdes intervjuer som det självklara metodvalet utifrån syftet (Dahlberg, et al., 2008; Kvale & Brinkmann, 2009). Att få höra deras berättelser, deras livsvärldsperspektiv, var viktigt. Intervjuerna svarade väl på syftet med studien och det har gett ökad kunskap och förståelse för deras livssituation. Att det är svårt att göra intervjuer framkom efter två testintervjuer. Det är en utmaning att hålla tyst och låta intervjupersonen berätta. Överraskande var hur positivt patienterna reagerade på att bli intervjuade. De delgav sina berättelser utan reservation, inte någon sa "det vill jag inte prata om", vilket skulle kunna förväntats. Intervjuerna har genomförts genom ett interaktivt samtal, där en öppen fråga ställts och sedan följts upp med fördjupningsfrågor. Lindseth & Norberg (2004) menar att berättande intervjuer är en lämplig metod för att få del av människors upplevelser.

Analysmetod

Däremot var det inte lika självklart med valet av analysmetod. Fenomenologi tilltalade mig men jag kände att det var svårt att vara så objektiv och tyglad som det kräver. Valet föll då på fenomenologisk hermeneutik som tolkar innebörden i människors berättelser, strukturanalysen knyts sedan ihop med den egna förförståelsen och relevant litteratur, vilket bildar ny, djupare förståelse av ett fenomen. Flera av berättelserna har medfört ett nytt sätt att se på dessa patienters problem och situation. I det dagliga arbetet sker samtalen med patienterna oftast utifrån vad som skall ske i mötet, det som händer akut runt patienten på avdelningen. Det ger inte så stor inblick i det livet som patienten lever utanför sjukhuset, alltså har dessa intervjuer bidragit till en inblick i den livsvärld som är patienternas vardag. Lindseth & Norberg (2004) skriver att det är viktigt att reflektera över egna erfarenheter för att kunna förbättra sitt arbete. Studien har väckt mycket tankar och reflektioner kring olika sätt att bemöta och arbeta med äldre patienter.

Analysen var mödosam och väldigt tidskrävande. Texterna från intervjuerna lästes flertal gånger för att få förståelse för vad patienten berättar. Därefter startade strukturanalysen vilket innebar att texten bröts ner till meningsbärande enheter som sedan kondenserades och skrevs om i mer vardagligt språk. Nästa steg innebar att de kondenserade meningsbärande enheterna granskades utifrån likheter och skillnader och omgrupperades till subteman och teman. Hela tiden fick jag läsa om och gå tillbaka till originaltexten för att se om subteman och teman stämde överens med patienternas berättelser och även syftet. Subteman skulle reflektera de meningsbärande enheterna och ibland var det svårt att hitta ord som kunde transformera texten på ett korrekt sätt utan att tappa mening och innehåll. Konsekvent har analysprocessen följt de steg som beskrivs av Lindseth & Norberg (2004).

Urvalets betydelse för resultatet

En svaghet med studien kan vara att endast män är intervjuade. Det finns förmodligen skillnader mellan hur äldre män och kvinnor med kronisk hjärtsvikt beskriver sitt liv och det vore intressant i en fortsatt studie, att se vilka likheter och skillnader som finns relaterat till kön. Har äldre kvinnor någon nära anhörig som ger så mycket stöd och hjälp såsom männen hade? Skiljer det på kunskapsbristen och egenvården? Har kvinnor bättre följsamhet? Tre av tolv tillfrågade patienter att delta i studien var kvinnor och det avspeglar ganska väl fördelningen på vårdavdelningen. Det förefaller vara fler män än kvinnor som vårdas på grund av kronisk hjärtsvikt och som har frekventa akuta vårdtillfällen.

Tillförlitligheten vid datainsamlingen har stärkts genom att urvalet gav patienter med ett relativt stort åldersintervall, patienter som hade olika boendeformer och socialt nätverk. Detta ger en bredare bild av patienternas berättelser även om det inte går att dra några generella slutsatser av intervjuerna. Kvalitativa studier går inte att generalisera, syftet är istället att förstå och fördjupa sig i ett ämne eller fenomen (Dahlberg, et al., 2008). Det blev också en variation vad gäller sjukdomsbilden hos patienterna. Graden av hjärtsvikt var olika hos patienterna. Trots detta sammanföll svaren till stor del, vilket visar att graden av hjärtsvikt inte påverkar i lika stor utsträckning som det faktum att patienten faktiskt *har* kronisk hjärtsvikt. Samma resultat finns redovisat av Högman (2009) som påtalar att graden av sjukdom inte alltid förespråkar patientens upplevelse av sin sjukdom. Intervjuerna har gjorts vid två sjukhus där fyra avdelningar, som har olika inriktningar, haft patienter som uppfyllt inklusionskriterierna. Detta indikerar att äldre patienter med kronisk hjärtsvikt är en vanligt förekommande patientgrupp och det är därför viktigt att känna till deras behov oavsett var sjuksköterskan arbetar.

Resultatdiskussion/vidare förståelse

I resultatdiskussionen lyfts tre intressanta aspekter fram nämligen copingförmåga, följsamhet och beroende. Copingförmåga handlar om en persons förmåga att hantera en situation utifrån de resurser som denne har. Följsamhet visar hur bra eller dåligt en patient följer olika rekommendationer. Beroende kan visa på vilken sorts relation som människor har med varandra, men även spegla hur en persons livssituation ser ut. De tre begreppen visade sig ha stark påverkan på hur äldre personer med kronisk hjärtsvikt lever och upplever sitt liv.

Resultatet visar att kunskapsbristen hos patienterna var omfattande inom flera områden. Detta påverkar naturligtvis deras **copingförmåga och följsamhet**. Att sakna kunskap om sin sjukdom och behandling i kombination med bristande stöd från anhöriga gör att äldre multisjuka patienter har svårare att hantera sina sjukdomar (Summer-Meranius, 2010). Att vara äldre och svårt sjuk innebär dock inte alltid att de själva känner sig så sjuka som diagnoserna säger. Detta kan vara en sorts copingstrategi. Eftersom de saknar kunskap om sjukdomen är det istället påverkan på det dagliga livet som utgör grunden i hur sjuka patienterna känner sig (Summer-Meranius, 2010). Yu, et al. (2008) beskriver att det finns skillnader i copingförmåga mellan män och kvinnor, och därför hade det varit intressant att ha med kvinnors berättelser i resultatet. Resultaten i denna studie visar att flera av männen uttrycker orkeslöshet och resignation inför sin sjukdom. Detta kan begränsa copingförmågan. Att inte hantera sin situation blir ett sätt att ändå hantera sin livssituation. De överlåter ansvar och brister, av till exempel egenvård, på andra, såsom anhöriga och vårdpersonal, och väljer att inte aktivt ta tag i sin sjukdom och behandling. Konsekvensen blir då också att de saknar känsla av sammanhang och därför kan uppleva dålig hälsa och dålig livskvalitet (Andersson, 2002).

Följsamheten blir också påverkad av kunskapsbristen hos de intervjuade. För att kunna ha god följsamhet när det gäller givna ordinationer, vare sig det gäller medicinering eller egenvård, krävs att patienten har kunskap, är delaktig och motiverad i sin behandling (Redfern & Ross, 2006; Ekman, et al., 2006). Att patienter med kronisk hjärtsvikt motiveras till följsamhet och god egenvård har flera fördelar. Främst, att patienterna mår bättre och

därmed kanske kan undvika upprepade sjukhusvistelser, men det är även samhällsekonomiskt lönsamt (Macabasco- O'Connell, Crawford, Stotts, Stewart, & Froelicher, 2008). Ingen av de intervjuade framhöll att de följde givna ordinationer. Tvärtom, ordinationer förefaller att ses som rekommendationer, alltså finns utrymme att göra som man vill. Detta gällde även egenvården. Konsekvensen av bristande följsamhet blir upprepade vårdtillfällen, med försämrad hälsa vilket i sin tur gör att patienten känner sig än mer omotiverade att delta i behandlingen.

Alla nio intervjuade var **beroende** av andra i olika grad för att klara av sitt dagliga liv. Det fanns ett motstånd i att ta hjälp av utomstående hos flera av patienterna och de förlitade sig istället på att anhöriga, framför allt maken, skall klara och vilja sköta om allt praktiskt. Detta kan bli problematiskt när den anhörige i sin tur inte klarar av belastningen, vilket kan resultera i att den vårdande anhöriges hälsa äventyras. Därför är det viktigt att anhöriga informeras och tillfrågas om de insatser som behövs och som kan sättas in för att stödja dem för att i sin tur kunna hantera vardagen (Lundh, 2004). I Sverige finns ingen tvingande lag att anhöriga skall tillhandahålla informell vård och insatser i hemmet, ändå visar studier att andelen anhöriga som vårdar någon i hemmet, stadigt ökar. Mellan 60 -70 % av äldre personer som bor hemma, har hjälp av nära anhörig för att klara sitt dagliga liv (Karlsson, Edberg, Westergren & Rahm Hallberg, 2008). Liknade resultat var det i denna studie där sex av nio (67 %) klarade att bo kvar hemma tack vare sin hustrus hjälp. Att andelen informell vård, av äldre vårdgivare, ökar kan dels bero på att befolkningen lever längre, men även att äldre i allt större utsträckning får bo kvar i det egna hemmet, trots svår sjukdom och funktionsnedsättningar. Det krävs dock att mer stöd och samarbete erbjuds till de anhöriga som vårdar någon i hemmet om de skall orka (Karlsson, et al., 2008; Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson, 2006).

De patienter i föreliggande studie som hade anhöriga, kände det som ett positivt stöd och det kan öka livskvaliteten. Att sakna socialt stöd och nätverk påverkar livskvaliteten negativt (Dunbar, et al., 2008). Ingen av de intervjuade som hade hjälp av anhöriga, påtalade att det kändes som att de var beroende av deras hjälp. Patienternas tolkning av beroende av hjälp, var istället om de behövde hemtjänst eller hemsjukvård för att klara sitt dagliga liv. Den hjälp som tillhandahölls av fru eller barn, räknades istället som en självklarhet vilket även framkommit i andra studier (Blomqvist & Hellström, 2004; Summer-Meranius, 2010). Konsekvensen av att vilja vara oberoende blir istället en ohållbar hemsituation med flera vårdtillfällen som följd.

Patienterna beskriver sin situation som ohållbar, med frekventa vårdtillfällen och en behandling som inte fungerar. Det bekräftas av Ekman, et al. (2006) som påvisar att ungefär 50 % av kronisk sjuka patienter inte följer givna ordinationer och konsekvensen blir kraftigt ökade antal vårdtillfällen samt hög mortalitet. Samtidigt uttrycker intervjupersonerna i föreliggande studie en stark önskan om att vara oberoende och därför avböjer de stöd och hjälp utifrån. Varför undrar jag? Är viljan att vara oberoende starkare än viljan att få det bättre genom avlastning utifrån? Kanske tror de att sjukdomen eller försämringen är övergående. Högman (2009) hävdar att kronisk sjuka patienter känner stark tilltro till att de skall tillfriskna fast de vet att så inte är fallet. Det är inget hållbart sätt att se på verkligheten som jag ser det.

Konklusion och implikation

Resultatet i föreliggande studie visar på en kunskapsbrist hos äldre patienter med kronisk hjärtsvikt som i sin tur påverkar deras förmåga till egenvård men som också påverkar det dagliga livet och livskvaliteten. Resultatet visar också på en resignation, det vill säga att de har accepterat sin situation och har svårt att motivera sig till att förbättra den. Att ha kunskap om sin sjukdom och ta ansvar för sin behandling måste vara en av grundförutsättningarna för att kunna upprätthålla hälsa och livskvalitet för dessa patienter. Det är detta som sjuksköterskor behöver bli bättre på att stödja dem med. Kan anhöriga involveras och få stöd samtidigt som patienten motiveras att ta ansvar för sin behandling, kanske vårdtillfällena kan minskas samtidigt som patienterna mår bättre.

Referenser

- Andersson, L. (red.). (2002). *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Amin, A. (2008). Hospitalized patients with acute decompensated heart failure: Recognition, Risk stratification, and Treatment review. *Journal of Hospital Medicine*, 3(6), 16-24.
- Berleen, G. (2003). Bättre hälsa hos äldre. Statens Folkhälsoinstitut. Hämtat 2010-03-16 från [http://www.fhi.se/PageFiles/3125/battrehalsahosaldre.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3125/battrehalsahosalldre.pdf)
- Blomqvist, K. & Hellström, Y. (2004). *Att ta emot hjälp*. Ingår i Edberg, A-K & Blomqvist, K. (red.), *Att vara äldre - man har ju sina krämpor* (s. 133- 143). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunbar, S., Clark, P., Quinn, C., Gary, R., & Kaslow, N. (2008). Family influences on heart failure self-care and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 258-265.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2003). Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 90-96.
- Ekman, I., Andersson, G., Boman, K., Charlesworth, A., Cleland, J., Poole- Wilson, P., & Swedberg, K. (2006). Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five- year randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 61, 348- 353.
- Eriksson, T. (2005). Ingår i Kragh, A. (red.), *Äldres läkemedelsbehandling - orsaker och risker vid multimedcinering*. (s. 0000-000). Lund: Studentlitteratur.
- Hagberg, B. & Rennermark, M. (2004). *Den åldrande människans psykologi. Ett livsloppsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjärtlungfonden, (2009). Temaskrift om hjärtsvikt. Hämtat 2010-03-01 från <http://www.hjartlungfonden.se/PageFiles/315/HLF-hjartsvikt-2006.pdf>
- Hodges, P. (2009). Factors impacting readmissions of older patients with heart failure. *Critical Care Nursing*, 32(1), 33-43.

- Hobden, A. (2006). Concordance: a widely used term, but what does it mean? *British Journal of Community Nursing*, 11(6), 257- 260.
- Högman, A-M. (2009). *Folkvagnsmotorn i min Rolls Royce kropp. En fenomenologisk intervjustudie om att leva med hjärtsvikt och kroniskt obstruktiv lungsjukdom*. Hämtad 2010-09-06 från <http://www.divaportal.org/smash/record.jsf?searchId=2&pid=diva2:208612>
- Janlöv, A-C., Rahm Hallberg, I., & Petersson, K. (2006). Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need of public home help: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing studies*, 43, 1033-1046.
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Westergren, A., & Rahm Hallberg, I. (2008). Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 136-148.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kuyken, W., et al. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Kwok, T., Lee, J., Woo, J., Lee, D., & Griffith, S. (2008). A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 109-117.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Lundh, U. (2004). *Att vara äldre och vårdare*. Ingår i Edberg, A-K & Blomqvist, K. (red.), *Att vara äldre - man har ju sina krämpor* (s.145- 156). Lund: Studentlitteratur.
- Luttik, M-L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & Veldhuisen, D. (2005). The Importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.
- Macabasco- O'Connell, A., Crawford, M., Stotts, N., Stewart, A., & Froelicher, E. (2008). Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 223-230.
- McLaughlin, S., Connell, C., Herringa, S., Li, L., & Roberts, S. (2010). Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(2), 216-226.
- Moser, D., & Watkins, J. (2008). Conceptualizing self-care in heart failure. A life course model of patients characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 205-218.

- MÄVA. (2009). Hämtad 2010-08-24 från:
http://www.nusjukvarden.se/upload/NU/V%c3%a5rd%202010/M%c3%84VA_I_owres.pdf
- Naylor, M., Brooten, D., & Cambell, R. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association*, 281(7), 613-620.
- Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och värde: Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Thales.
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa. (Teori och kritik)* (akad.avh.). Linköpings universitet, institutionen för hälsa och samhälle, Linköping.
- Nyström, M. (2008). *Hermeneutik*. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 125- 143). Lund: Studentlitteratur.
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of "elderly". *Geriatric Gerontology International*, 6, 149-158.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Redfern, S., & Ross, F. (edt.).(2006). *Nursing older people*. Fourth ed. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Rosberg, S. (2008). *Fenomenologi*. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 85- 105). Lund: Studentlitteratur.
- Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.
- Song, E., Lennie, T., & Moser, D. (2009). Depressive symptoms increase risk of rehospitalisation in heart failure patients with preserved systolic function. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1871-1877.
- Stewart, S., & Horowitz, J. (2002). Detecting early clinical deterioration in chronic heart failure patients post-acute hospitalisation- a critical component of multidisciplinary, homebased intervention? *The European Journal of Heart Failure*, 4, 345-351.
- Strömberg, A. (red.). (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Summer-Meranius, M. (2010). *Era delar är min helhet*. (akad.avh.). Linnéuniversitetet, institutionen för hälso- och vårdvetenskap. Växjö. Hämtad 2010-09-06 från
<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:322457>

- Tibaldi, V., Gianluca, I., Scarafiotti, C., Gariglio, F., Zanicchi, M., Mario, B., Bergerone, S., & Ricauda, N. (2009). Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 169(17), 1569-1575.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2010-03-12 från <http://www.vr.se/etik/publikationerochriktlinjer>.
- WHO. (1948). WHO´ definition of health. Hämtad 2010-03-16 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Young, Y., Frick, K., & Phelan, E. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of Medical Directors Association*, 10, 87-92.
- Yu, D., Lee, D., Kwong, A., Thompson, D., & Woo, J. (2007). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 474-483.



ANSÖKAN ETIKPRÖVNING

1(5)

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Ansökan skickas till:
Högskolan Väst
Registrator
461 86 Trollhättan

Information om sökande

Sökandes namn Anna Fast
Medsökande
Institution/Utbildning Omvårdnad, hälsa och kultur Magisteruppsats i omvårdnad, 15 hp
Adress Furuvägen 3
Telefon 0304-30093
E-post anna.fast@student.hv.se

Vidimerat tillstånd från institution, klinik eller liknande

Titel Verksamhetschef
Namn Doris Lundin
Namnsteckning
Projektets öbet Att beskriva äldre patienters upplevelser av att leva med kronisk hjärtsvikt



ANSÖKAN ETIKPRÖVNING

1(5)

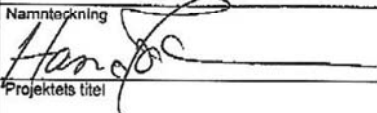
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Ansökan skickas till:
Högskolan Väst
Registrator
461 86 Trollhättan

Information om sökande

Sökandes namn	Anna Fast
Medsökande	
Institution/Utbildning	Omvårdnad, hälsa och kultur Magisteruppsats i omvårdnad, 15 hp
Adress	Furuvägen 3
Telefon	0304-30093
E-post	anna.fast@student.hv.se

Vidimerat tillstånd från institution, klinik eller liknande

Titel	Verksamhetschef
Namn	Hasse Johansson
Namnteckning	
Projektets titel	Att beskriva äldre patienters upplevelser av att leva med kronisk hjärtsvikt

BILAGA II

Informationsbrev till Dig som är patient på Medicinkliniken, NU sjukvården

Hjärtsvikt är en sjukdom som flera hundra tusen svenskar lever med och som påverkar vardagen i olika stor utsträckning. För många patienter är det vanligt att behöva uppsöka akutsjukvården på grund av olika besvär relaterade till hjärtsvikt. Då jag arbetar som sjuksköterska med patienter som har hjärtsvikt, är jag intresserad av att förbättra och utveckla omvårdnaden till dessa patienter. För detta ändamål behöver vi få veta mer om vad som inverkar på om en person uppsöker vård vid upprepade tillfällen.

Syftet med studien är att ta reda på vad som avgör att patienten söker sjukvård akut och därför vill jag fråga dig om du vill dela med dig av dina erfarenheter i en intervju. Intervjun kommer att inledas med några allmänna frågor och därefter kommer jag att be dig berätta om hur du har haft det hemma innan du kom in till sjukhuset. För att kunna fokusera på din berättelse vill jag banta intervjun. Hela intervjun beräknas vara en halvtimme och den sker på avdelningen på en tid som passar Dig. Jag ber också att få inkludera några journaluppgifter, såsom din hjärtfunktion och antal vårdtillfällen under de senaste sex månaderna. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl. Alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Allt datamaterial avidentifieras och ingen obehörig person kommer ha tillgång till materialet.

Ansvarig verksamhetschef för Medicinkliniken Doris Lundin och Vårdenhetschef Maria Olsson har båda lämnat samtycke till att studien genomförs. Handledare för studien är lektor Azar Hedemalm, Högskolan Väst. Tel nr: 0520-223000

Om ni vill ha kontakt med mig, Anna Fast, när ni mig på tel: 0304-30093, 0705-675622 eller via mail: anna.fast@student.hv.se.

Uddevalla och Trollhättan 2010-03-10

Om ni vill delta i studien är jag tacksam om ni fyller i namn och personnummer nedan.

Ja, jag vill delta i intervjustudien

Namn:

Personnummer (behövs för journaluppgifter):

Informationsbrev till Dig som är patient på Medicinkliniken, NU sjukvården

Hjärtsvikt är en sjukdom som flera hundra tusen svenskar lever med och som påverkar vardagen i olika stor utsträckning. För många patienter är det vanligt att behöva uppsöka akutsjukvården på grund av olika besvär relaterade till hjärtsvikt. Då jag arbetar som sjuksköterska med patienter som har hjärtsvikt, är jag intresserad av att förbättra och utveckla omvårdnaden till dessa patienter. För detta ändamål behöver vi få veta mer om vad som inverkar på om en person uppsöker vård vid upprepade tillfällen.

Syftet med studien är att ta reda på vad som avgör att patienten söker sjukvård akut och därför vill jag fråga dig om du vill dela med dig av dina erfarenheter i en intervju. Intervjun kommer att inledas med några allmänna frågor och därefter kommer jag att be dig berätta om hur du har haft det hemma innan du kom in till sjukhuset. För att kunna fokusera på din berättelse vill jag banta intervjun. Hela intervjun beräknas vara en halvtimme och den sker på avdelningen på en tid som passar Dig. Jag ber också att få inkludera några journaluppgifter, såsom din hjärtfunktion och antal vårdtillfällen under de senaste sex månaderna. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl. Alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Allt datamaterial avidentifieras och ingen obehörig person kommer ha tillgång till materialet.

Ansvarig verksamhetschef för Medicinkliniken Doris Lundin och Vårdenhetschef Maria Olsson har båda lämnat samtycke till att studien genomförs. Handledare för studien är lektor Azar Hedemalm, Högskolan Väst. Tel nr: 0520-223000

Om ni vill ha kontakt med mig, Anna Fast, när ni mig på tel: 0304-30093, 0705-675622 eller via mail: anna.fast@student.hv.se.

Uddevalla och Trollhättan 2010-03-10

Om ni vill delta i studien är jag tacksam om ni fyller i namn och personnummer nedan.

Ja, jag vill delta i intervjustudien

Namn:

Personnummer (behövs för journaluppgifter):



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99