

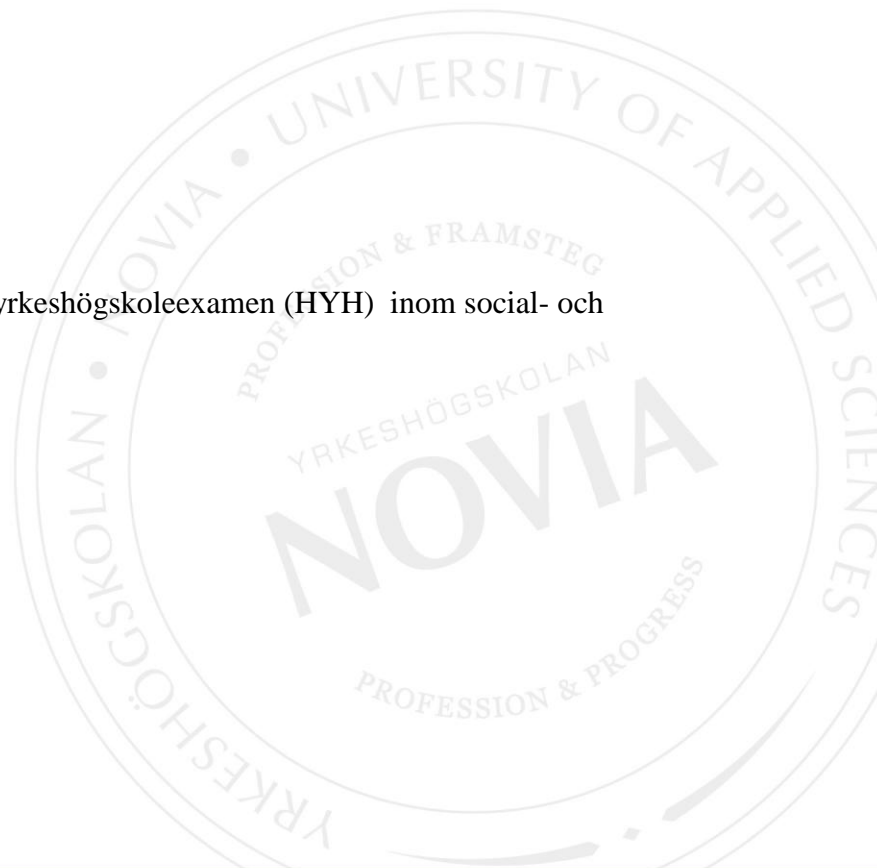
Verksamhetsmodell för hjärtviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk

**- med fokus på patientens
egenvård**

Vuojärvi-Nilsson Marina

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen (HYH) inom social- och
hälsovård
Avancerad klinisk vård

Vasa, 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Vuojärvi-Nilsson Marina

Utbildning och ort: Högre YH-examen inom social- och hälsovård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Avancerad klinisk vård

Handledare: Glasberg Ann-Louise

Titel: Verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk- med fokus på patientens egenvård

Datum Mars 2017

Sidantal 59

Bilagor 4

Abstrakt

Syftet med denna studie var att kartlägga hjärtsviktspatienternas egenvårdsaktiviteter för att kunna erbjuda bästa tänkbara stöd i egenvården och bibehålla en god livskvalitet samt minska på avdelningsintagningar på grund av förvärrade hjärtsviktsstillstånd. Syftet var också att skapa en verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Frågeställningarna var: Vilka stödåtgärder behövs för att hjärtsviktspatienternas egenvård skall förbättras? Hur bör hjärtsviktsvården inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk organiseras?

Studien genomfördes som en enkätundersökning riktad till hjärtsviktspatienter som var intagna på avdelningen för inre medicin och lungsjukdomar eller besökte hjärtskötarmottagningen inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Dataanalysmetoderna var kvalitativ innehållsanalys och statistisk analys. Undersökningen hade både ett kvalitativt och ett kvantitativt närmelsesätt.

Resultatet visade att hälften av informanterna inte kände till den bakomliggande orsaken till sin hjärtsvikt och största delen hade inte kunskap om hur de kan förebygga förvärrade hjärtsviktsstillstånd. De flesta önskade få handledning gällande sitt sjukdomstillstånd under avdelningsvistelse eller hos hjärtskötaren. Områden där stödåtgärder borde riktas visade sig vara förebyggande information, livsstilsrådgivning, kontinuerlig patientuppföljning, stöd i egenvården och praktisk assistans. Upplevelsen av depression varierade bland informanterna. Egenvårdsaktiviteterna undersöktes med hjälp av europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt. Informanterna var mest följsamma till att ta sina mediciner enligt ordination och minst följsamma till att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid snabb viktökning. På basen av resultatet från enkätundersökningen, tidigare forskning och teoretisk bakgrund utformades en verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk.

Språk: svenska

Nyckelord: hjärtsvikt, egenvård, livskvalitet, avancerad klinisk sjukskötare, verksamhetsmodell

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Vuojärvi-Nilsson Marina

Koulutus ja paikkakunta: Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, sosiaali- ja terveysala, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliininen asiantuntija

Ohjaaja: Glasberg Ann-Louise

Nimike: Sydämen vajaatoimintahoitajan toimintamalli Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastossa- potilaan itsehoito keskipisteenä

Päivämäärä Maaliskuu 2017

Sivumäärä 59 Liitteet 4

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa sydämen vajaatoimintapotilaiden itsehoitotoiminnat voidakseen tarjota mahdollisimman hyvää tukea potilaille itsehoidossaan ja siten ylläpitää elämänlaatua ja vähentää osastohoidon tarvetta. Tarkoitus oli myös luoda sydämen vajaatoimintahoitajan toimintamalli Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastoon. Kirjailija etsi vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitä tukitoimenpiteitä sydämen vajaatoimintapotilaat tarvitsevat itsehoidon suhteen? Miten sydämen vajaatoimintahoido tulee organisoida Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastossa?

Potilaskysely suunnattiin sydämen vajaatoimintapotilaille, jotka olivat hoidossa sisätauti- ja keuhko-osastolla tai sydänhoitajan vastaanotolla Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastossa. Sisällön analyysi ja tilastollinen analyysi toimivat analyysimenetelminä. Tutkimusmenetelmät olivat sekä kvalitatiiviset että kvantitatiiviset.

Tulokset näyttivät että puolet vastaajista eivät tiedä taustalla olevaa syytä sairauteensa ja suurin osa ei tiedä miten sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita voi ehkäistä. Vastaajat toivoisivat ensisijaisesti neuvontaa terveydentilastaan liittyvistä asioista osastojakson yhteydessä tai sydänhoitajakäynnin yhteydessä. Alueet missä tukitoimenpiteet olivat tarpeellisia olivat ennaltaehkäisevä tiedonanto, elämäntapaneuvonta, jatkuva potilasseuranta, tuki itsehoidossa ja käytännöllinen tuki. Masentuneisuuden aste oli vaihteleva. Eurooppalainen käyttäytymisasteikko sydämen vajaatoiminnan itsehoidossa toimi apuvälineenä itsehoitotoimien tutkimisessa. Vastaajat olivat eniten taipuvaisia ottamaan lääkkeensä määräyksen mukaan ja vähiten taipuvaisia ottamaan yhteyttä sairaanhoitoon jos paino nousee äkillisesti. Potilaskyselyn ja entisten tutkimustulosten perusteella luotiin sydämen vajaatoimintahoitajan toimintamalli Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastolle.

Kieli: ruotsi **Avainsanat:** sydämen vajaatoiminta, itsehoito, elämänlaatu, kliininen asiantuntija, toimintamalli

MASTER'S THESIS

Author: Vuojärvi-Nilsson Marina

Degree Programme: Master in social- and healthcare, Vaasa

Specialization: Advanced clinical nursing

Supervisor: Glasberg Ann-Louise

Title: A model for the advanced practice nurse in heart failure care in Pietarsaari hospital- focusing on self-care

Date March 2017

Number of pages 59 Appendices 4

Abstract

The aim of this study was to explore heart failure patients` self-care activities to beeing able to offer the best possible support for improving their self-care activities and thereby preserve the quality of life and reduce hospitalization. The aim of the study was also to create a model for advanced practice nurse in the scope of heart failure in Pietarsaari hospital. Questions asked for the study were: What kind of support do heart failure patients need for improving their self-care activities? How should the hearth-failure care be organized in Pietarsaari hospital?

A survey was directed to heart failure patients intaken in a ward for internal medicine and lung diseases or at the cardiac nurse`s appointment in Pietarsaari hospital. Content analysis and statistical analysis were used to analyze the data. The study had a qualitative and quantitative approach.

The result of the study shows that half of the informants don` t know the reason to the heart failure and most of the informants don` t know how to prevent heart failure exacerbation. Most of the informants want tutorial about their disease at the cardiac nurse`s appointment or during ward stay. Preventive information, lifestyle counseling, continous patient follow-up, support in self-care and practical assistans were areas needed to be supported. The experience of depression was varying among the informants. The European heart failure self-care behaviour scale was used to examine the informants` self-care activities. The informants were most pliable to taking their medicine as prescribed and least pliable to taking contact to the healthcare in situations of rapid weight gain. A model for the advanced practice nurse in heart failure care in Pietarsaari was created based on the result of this study and previous research.

Language: swedish **Key words:** heart failure, self-care, quality of life, advanced practice nurse, advanced practice nurse model

Innehållsförteckning

1 Innehåll	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Teoretiska utgångspunkter	2
3.1 Egenvård	2
3.2 Känsla av sammanhang (KASAM)	4
4 Bakgrund	6
4.1 Hjärtsvikt	6
4.1.1 Etiologi	6
4.1.2 Patofysiologi	7
4.1.3 Riskfaktorer	8
4.1.4 Symptom och diagnostik	9
4.1.5 Vård och uppföljning	10
4.1.6 Framtidens hjärtsviktsvård	12
4.2 Egenvård vid hjärtsvikt	13
4.2.1 Vätske- och saltintag	14
4.2.2 Näringsstatus	15
4.2.3 Anemi	16
4.2.4 Alkohol och tobak	17
4.2.5 Medicinering	17
4.2.6 Fysisk aktivitet	18
4.2.7 Uppföljning av egenvården	18

4.2.8 Hjärtsvikt i vardagen	19
4.3 Organisering av hjärtviktsmottagning och den avancerade kliniska sjuuskötarens roll	20
4.3.1 Övergripande verksamhetsmodell för avancerade kliniska sjuuskötare	21
4.3.2 “PEPPA” modellen	22
5 Metod	23
5.1 Datainsamling	24
5.1.1 Urval	24
5.1.2 Enkät	25
5.1.3 Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt	26
5.2 Dataanalysmetoder	27
5.2.1 Kvalitativ innehållsanalys	27
5.2.2 Statistisk analys	28
5.3 Etiska överväganden	30
6 Resultatredovisning	31
6.1 Bakomliggande orsaker till hjärtsvikt och användningen av sjukvårds- tjänster	32
6.2 Kunskap och rådgivning	33
6.3 Hjärtsviktsvårdens styrkor och svagheter samt behov av stödåtgärder	34
6.3.1 Hjärtsviktsvårdens styrkor	35
6.3.2 Behov av stödåtgärder	35

6.4	Upplevelse av depression	37
6.5	Följsamhet till egenvårdsaktiviteter enligt europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt	38
6.6	Undersökning av samband	45
6.7	Verksamhetsmodell för avancerad klinisk sjukskötares hjärtsvikts- mottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk	45
7	Resultatdiskussion	46
8	Kritisk granskning	50
9	Konklusion	54

Källförteckning

Bilagor	Bilaga 1: Enkät till hjärtsviktpatienter (svenskspråkig)
	Bilaga 2: Enkät till hjärtsviktpatienter (finskspråkig)
	Bilaga 3: Verksamhetsmodell för hjärtsviktsskötare
	Bilaga 4: Anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov

1 Inledning

Hjärtsvikt är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvistelse och har en direkt inverkan på patientens livskvalitet. Tidig diagnostisering och korrekt kunskap om tillståndet är viktiga element för att kunna ge patienterna det rätta stödet. Sjuksköterna spelar en nyckelroll beträffande att stödja patienterna såväl kliniskt som psykologiskt och bör fungera som en del av ett multidisciplinärt team kring patienten. Korrekt vård och rådgivning har visat sig minska sjukhusintagningarna, därför är patientutbildning av största vikt. En klar förståelse för och kunskap om hur hjärtsvikt kan behärskas förbättrar patienternas syn på sjukdomen och gör det möjligt för dem att ta kontroll över sitt tillstånd. (Tansey, 2010).

Detta examensarbete berör hjärtsviktspatienternas egenvård och sjukvårdens insats i den förebyggande vården av förvärrade hjärtsviktstillstånd som kräver intagning till en vårdavdelning. Examensarbetet inkluderar en utveckling av den redan befintliga hjärtskötermottagningen inom Jakobstads social- och hälsovårdsverks inremedicinska poliklinik till att i större omfattning ombesörja hjärtsviktspatienter. I dagens läge besöker hjärtsviktspatienter nästan enbart hjärtskötermottagningen på grund av läkemedelstitrering. I mitt arbete som sjukskötare på avdelningen för inremedicin och lungsjukdomar ser jag det enorma flödet av hjärtsviktspatienter som kommer in för avdelningsvård. Jag tror att man kunde minska på dessa patienters vårdtygn genom att utveckla en hjärtsviktmottagning där man skulle satsa på egenvården och förebyggande insatser för att så långt som möjligt undvika intagning till en avdelning på grund av förvärrad hjärtsvikt.

Forskning visar att verksamhetsmodeller med avancerade kliniska sjukskötare har en klar hälsoekonomisk och samhällelig nytta, men framförallt gagnar det patienten. Tillgången till vård bör förbättras och användningen av olika vårdprofessioners kompetens bör omvärderas i och med att behovet av hälso- och sjukvård ökar, samtidigt som vårdgarantin måste beaktas. Patienternas valmöjligheter borde förbättras. Vården och behandlingarna borde vara mera personorienterade utgående från en helhetssyn på patienten. Det komplexa vårdbehovet kräver effektiva vårdkedjor. (Fagerström, 2011, s. 42, 45).

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna studie är att kartlägga hjärtsviktspatienternas egenvårdsaktiviteter för att kunna erbjuda bästa tänkbara stöd i egenvården och bibehålla en god livskvalitet samt minska på avdelningsintagningar på grund av förvärrade hjärtsviktstillstånd. Syftet är också att skapa en verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk.

Studiens frågeställningar lyder: Vilka stödåtgärder behövs för att hjärtsviktspatienternas egenvård skall förbättras? Hur bör hjärtsviktsvården inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk organiseras?

3 Teoretiska utgångspunkter

I kapitlet beskrivs två teorier som utgör de teoretiska utgångspunkterna för denna studie. Den ena är Orems teori om egenvård. Den andra är känsla av sammanhang (KASAM) som utvecklats av Antonovsky.

3.1 Egenvård

Egenvård är en handling som utförs av mogna individer som har kraft och kapacitet att använda sig av lämpliga, pålitliga och giltiga metoder för att reglera sin egen funktion och utveckling i stabila eller föränderliga miljöer. Egenvård är det avsiktliga bruket av giltiga medel för att kontrollera och reglera inre och yttre faktorer som påverkar aktiviteten för människans egna funktionella och utvecklande processer eller som bidrar till det egna välbefinnandet. Egenvården har sina syften, den är en handling med sekvenser och mönster. Effektiv egenvård bidrar till strukturerad mänsklig integritet, mänskligt fungerande och mänsklig utveckling. Egenvård utfärdas för egen räkning för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. (Orem, 2001, s. 43).

Enligt Orem finns det tre kategorier av egenvårdsbehov: universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. De åtta universella egenvårdsbehoven enligt Orem är: upprätthållande av adekvat syreupptagning, upprätthållande av ett adekvat vätskeintag, upprätthållande av ett adekvat födointag, omvårdnad med avseende på eliminationsprocesser och utsöndring, upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila, upprätthållande av balans mellan ensamhet och social interaktion, förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande. Det åttonde egenvårdsbehovet är främjande av mänsklig funktion och utveckling inom en social gemenskap utgående från individens potential, kända mänskliga begränsningar och människans önskan att vara normal. (Orem, 2001, s. 42-52).

De utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven handlar om att det krävs specifika faktorer för att främja utvecklingen som pågår under livets lopp. De kan vara uttryck för universella egenvårdsbehov bundna till den utvecklingsprocess som individen befinner sig i, eller behov som uppstår som en följd av specifika utvecklingsrelaterade händelser eller tillstånd, t.ex. graviditet eller förlust av en anhörig. (Orem, 2001, s. 42-52).

Hälsorelaterade egenvårdsbehov finns hos individer som lider av sjukdomar, skador eller funktionshinder och som genomgår diagnostiska undersökningar och behandlingar. Orem definierar sex kategorier av hälsorelaterade egenvårdsbehov. Att söka och tillförsäkra sig adekvat medicinsk hjälp vid sjukdom eller skada utgör den första kategorin. Den andra kategorin handlar om att vara medveten om och hantera effekter och resultat av patologiska tillstånd. Den tredje kategorin av hälsorelaterade egenvårdsbehov är att kunna genomföra ordinerade diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder på ett effektivt sätt. Medvetenhet om och en förmåga att ge akt på, eller reglera obehagliga eller skadliga effekter av medicinsk behandling utgör den fjärde kategorin. Accepterande av ett visst hälsotillstånd och individens medvetenhet om att vara i behov av något slags omvårdnad är den femte kategorin. Den sjätte och sista kategorin handlar om förmågan att klara av att leva med effekter av diagnostiska undersökningar, medicinsk behandling eller patologiska tillstånd och att hitta en livsstil som gynnar personlig utveckling. (Orem, 2001, s. 42-52).

Orem utgår från att sjukskötaren använder sig av fem olika hjälpmetoder för att kompensera eller övervinna patientens hälsorelaterade begränsningar. Metoderna är att utföra eller handla för en annan individ, vägleda, stödja fysiskt eller psykiskt, skapa en utvecklande miljö samt att undervisa. Omvårdnadssystemen indelas i fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande omvårdnadssystem. Till fullständigt kompenserande omvårdnadssystem hör t.ex. medvetlösa patienter, patienter som är kapabla att ta egna beslut men är fysiskt begränsade, samt patienter med mentala funktionshinder som hindrar dem att ta egenvårdsbeslut. Situationer där både patient och sjukskötare utför omvårdnadshandlingar är ett delvis kompenserande omvårdnadssystem. Ett stödjande/undervisande omvårdnadssystem handlar om att patienten undervisas, ges stöd eller vägledning och en utvecklande miljö skapas för att patientens egenvårdskrav skall tillgodoses. (Orem, 2001, s. 55-67).

3.2 Känsla av sammanhang (KASAM)

Alla människor utsätts i något skede av livet för fysiska, psykiska eller sociala påfrestningar. Många människor blir sjuka av påfrestningarna, men en del förblir friska trots att de utsätts för samma eller ännu större påfrestningar. Hälsa kan inte främjas enbart genom att undvika påfrestningar, utan människan måste lära sig att hantera sitt liv i med- och motgång och göra det bästa av tillvaron. Det sker genom att tillvaron görs sammanhängande. (Antonovsky, 2011, s. 9).

Den mänskliga tillvaron är full av stressorer men ändå kan många människor överleva och klara sig bra trots en hög stressbelastning. När en människa ställs inför en stressor uppstår ett spänningstillstånd som måste hanteras. Faktorer som kan ge kraft till att bekämpa olika stressorer är t.ex. jagstyrka, pengar, socialt stöd eller kulturell stabilitet. Dessa faktorer definieras som generella motståndsrresurser (GMR). Det gemensamma för alla GMR är att de bidrar till att göra stressorerna begripliga, vilket är kärnan i KASAM-begreppet. (Antonovsky, 2011, s. 16-17).

Det salutogena synsättet avvisar klassifikationen av människor som antingen friska eller sjuka. Stressorer är ständigt närvarande och måste nödvändigtvis inte alltid bekämpas, utan kan också vara hälsofrämjande. Stressorer kan också vara kroniska i form av en livssituation, en egenskap eller ett tillstånd som i hög grad karakteriserar en människas liv. (Antonovsky, 2011, s. 39, 58).

De tre centrala komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar på i vilken mån människan upplever inre och yttre stimuli som sammanhängande, som förnuftsmässigt gripbara, som ordnad, strukturerad och tydlig information. En människa som har hög känsla av begriplighet förväntar sig att stimulen är förutsägbara eller att de åtminstone går att ordna eller förklara. Livets skeenden upplevs som utmaningar som man kan möta och som erfarenheter man kan handskas med. (Antonovsky, 2011, s. 44-45).

Hanterbarhet handlar om upplevelsen av att det finns resurser till förfogande för att möta de krav som stimulen ställer. Resurserna är under ens egen kontroll eller kontrolleras av andra som man litar på, t.ex. maka eller make, vänner, kollegor, Gud, läkare eller partiledare. En människa med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheterna eller tycker att livet behandlar en orättvist. Olyckliga händelser sker i livet, men man kommer att kunna reda sig. (Antonovsky, 2011, s. 45).

Meningsfullhet utgör KASAM-begreppets motivationskomponent. En människa med stark KASAM har områden i livet som engagerar henne och som har känslomässig betydelse. Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning människan upplever att livet har en känslomässig innebörd och att problemen och kraven är värda att investera energi och engagemang i och är värda att hänge sig till. Detta betyder inte att en människa som har ett högt värde på meningsfullhet gläder sig åt sorger och förluster i livet, men när sådant händer kan hon konfronteras med utmaningen och försöka söka en mening i den. (Antonovsky, 2011, s. 45-46).

De tre komponenterna inom KASAM-begreppet är starkt sammanflätade med varandra och alla är nödvändiga, men meningsfullheten verkar vara den viktigaste. Utan meningsfullhet blir inte hög begriplighet eller hög hanterbarhet långvariga. En människa som är engagerad och bryr sig om har möjlighet att hitta resurser och vinna förståelse. KASAM i sin helhet är en förutsättning för framgångsrik problemlösning. (Antonovsky, 2011, s. 47-50).

4 Bakgrund

I kapitlet redogörs för hjärtsvikt från olika aspekter, egenvården vid hjärtsvikt samt organisering av en hjärtsviktsmottagning och den avancerade kliniska sjukskötarens roll. Litteratursökningen för tidigare forskning har till största delen skett elektroniskt i databaserna ProQuest, Ebsco, Medic, Arto och Doria. Sökorden har varit heart failure, self-care, The European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, prevention, nursing, guidelines, sydämen vajaatoiminta, itsehoito, omahoito. Manuell sökning har gjorts i tidsskriften Suomen lääkäri-lehti, 2015 vol. 70 och 2010 vol. 65.

4.1 Hjärtsvikt

Var tionde person över 75 år drabbas av hjärtsvikt och förekomsten ökar drastiskt med stigande ålder. Hjärtsvikt är ingen sjukdom i sig, utan ett symptom på en eller flera bakomliggande sjukdomar. Vid hjärtsvikt är hjärtmuskeln inte kapabel till att pumpa ut tillräckligt med blod till kroppens vävnader och organ. (Kettunen, 2014).

4.1.1 Etiologi

De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är sjukdomar i hjärtats kranskärl, så som hjärtinfarkt, men också förhöjt blodtryck och förmaksflimmer. Vid hjärtinfarkt går en del av hjärtmuskeln i nekros och ersätts med bindvävnad. Denna del av hjärtmuskeln kan inte

kontrahera och delta i pumprörelsen. Som en följd av långvarigt högt blodtryck förtjockas hjärtmuskeln och blir senare också stelare. Andra bakomliggande orsaker till hjärtsvikt är klaffel, myokardit och kardiomyopier, samt långvarigt och rikligt alkoholintag. Högersidig hjärtsvikt kan uppstå vid kronisk lungsjukdom. (Kettunen, 2014).

4.1.2 Patofysiologi

Hos en person med hjärtsvikt är hjärtats muskelfibrer i vila mera sträckta och slagvolymen ökas inte lika mycket genom ökande fyllnadsgrad. Vid hjärtsvikt är vätskebalansen förändrad och hjärtats kontraktionskraft är reducerad, vilket leder till försämrat arteriellt blodtryck och minskad urinproduktion. Följaktligen ökar blodvolymen samtidigt som ventrikket och det venösa återflödet ökar. För att upprätthålla kontraktionskraften och slagvolymen ökar belastningen på hjärtat och bidrar till en förstörd hjärtmuskel. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad och Toverud, 1998, s. 235).

Den nedsatta pumpförmågan hos hjärtat leder till att vänster kammare inte kan upprätthålla en tillräcklig hjärtminutvolym. När hjärtminutvolymen är otillräcklig utlöses olika kompensatoriska mekanismer. Aktivering av det sympatiska nervsystemet leder till ökad hjärtfrekvens och förbättrad kontraktionskraft i hjärtmuskeln. Mindre blodkärl sammandras, så kallad vasokonstriktion, t.ex. i huden, njurarna och mag- tarmkanalen så att den reducerade hjärtminutvolymen koncentreras till de livsviktiga organen som hjärtat och hjärnan. Det sympatiska nervsystemet stimulerar också till vasokonstriktion av venerna för att öka det venösa återflödet till hjärtat. Renin-angiotensin-aldosteronsystemet (RAAS) är en kompensatorisk mekanism som leder till ökad plasmavolym och vasokonstriktion. Hjärtmuskelhypertrofin kan till att börja med kompensera det ökade hjärtarbetet, men försvårar med tiden blodgenomströmningen i hjärtmuskeln. En följd är också att vänster kammare har svårare att fylla sig med blod i vilofasen, diastole, i och med att tånjbarheten minskar. Detta kallas diastolisk dysfunktion. När hjärtmuskeln kontraktionskraft är försämrad tömmer sig också kammaren sämre än normalt, vilket kallas systolisk dysfunktion. (Jonson och Wollmer, 2005, s. 148-149).

Om hjärtminutvolymen inte kan ökas med hjälp av de olika kompensatoriska mekanismerna uppstår symptom som trötthet, främst vid fysisk ansträngning, och andnöd. Hjärtsviktens svårighetsgrad indelas efter symptomens art enligt New York Heart Association- klassificering (NYHA), där den lägsta graden är en symptomfri hjärtsvikt och den högsta graden på skalan en svår hjärtsvikt med uttalad trötthet och andfåddhet redan i vila. (Jonson m.fl., 2005, s. 148-149).

I första hand drabbar hjärtsvikt vänster kammare, eftersom den arbetar mot ett högt tryck och är mera utsatt för kranskärslsjukdom. Tryckökningen i det lilla kretsloppet, alltså lungkretsloppet, medför en tryckbelastning också på den högra kammaren. Vid svår och långvarig vänsterkammarsvikt börjar ofta också höger kammare svikta. Detta leder till att det venösa trycket stiger i systemcirkulationen, alltså stora kretsloppet. Orsaker till högerkammarsvikt kan även härledas från lungsjukdomar, t.ex. kroniskt obstruktiv lungsjukdom med emfysem samt lungfibros. Dessa sjukdomar medför att lungkärlbädden minskar och flödesmotståndet ökar. (Jonson m.fl., 2005, s. 149).

En allvarlig följd av svår vänsterkammarsvikt är lungödem. Det stigande fyllnadstrycket i vänster kammare fortplantas till lungkretsloppet och trycket i lungkapillärerna stiger. Vätskan filtreras till extracellulärutrymmet i lungorna och bildar ett interstitiellt lungödem. Tack vare lungornas lymfkärl kan ödemet begränsas till det interstitiella rummet vid en lätt till måttlig tryckökning. När trycket stiger tillräckligt kraftigt börjar vätskan tränga ut i alveolerna och bildar då ett alveolärt lungödem, vilket är ett livshotande tillstånd i och med det försämrade gasutbytet mellan alveol och kapillär. (Jonson m.fl., 2005, s. 149).

4.1.3 Riskfaktorer

I en översiktsartikel beskriver Butler (2012) primärpreventionen inom hjärtsviktsvården med fokus på riskfaktorerna. Det finns ett antal skalor för bedömning av risken att insjukna i hjärtsvikt, exempelvis The Framingham Heart Failure Risk Score och The Health Aging and Body Composition Heart Failure Risk Model. Bedömningen är utmanande eftersom hjärtsvikt är en klinisk diagnos, vilket innebär en mångfald av alternativ och diagnostiska

oklarheter. Primärt bör riskbedömningen riktas individuellt så att en individbaserad behandlingsplan med fokus på den enskilda patientens riskfaktorer uppgörs.

Enligt Butler (2012) har ett flertal studier visat att en sund livsstil minskar risken att insjukna i hjärtsvikt. Till en sund livsstil räknas normal kroppsvikt. $BMI \geq 30$ är klart associerat till en ökad risk för hjärtsvikt. Rökfrihet är en viktig aspekt av primärpreventionen eftersom rökande män utsätter sig för en 45 % högre risk att insjukna i hjärtsvikt, respektive 88 % för kvinnor. Regelbunden träning minskar risken för kardiovaskulära sjukdomar, hypertoni och diabetes. Överdriven alkoholkonsumtion är associerad till kardiomyopati, men även hypertoni, hjärtinfarkt och diabetes. Måttlig alkoholkonsumtion har däremot visat sig öka nivåerna av HDL-kolesterol (high-density lipoprotein), förbättra insulinkänsligheten, minska på inflammationsmarkörer och koagulationsfaktorer i plasma, samt öka halten av adiponektin. Kostvanor för förebyggande av hjärtsvikt inkluderar en ökad konsumtion av frukt och grönsaker, spannmål, magert kött, fisk, höna, fettfria eller fettfattiga mejeriprodukter, nötter, frön och baljväxter. En minskning av konsumtionen av rött kött, fett och socker rekommenderas, samt att följa en natriumfattig diet.

Blodtryckskontroll utgör en betydande faktor i hjärtsviktspreventionen. Fram till 50-års ålder är det viktigare att hålla det diastoliska blodtrycket på bra nivå, men efter 50-års ålder har det systoliska blodtrycket större betydelse. Över en livstid är risken att drabbas av hjärtsvikt för båda könen dubbelt så stor när blodtrycket ligger över 160/100 mmHg jämfört med värden under 140/90 mmHg. Målvärdet för patienter med hypertoni är $< 140/90$ mmHg och $< 130/80$ mmHg för patienter med diabetes eller njursjukdom. Diabetes och kranskärslsjukdom är riskfaktorer för hjärtsvikt, därför bör kontroll och behandling av dessa sjukdomstillstånd ingå i primärpreventionen. (Butler, 2012).

4.1.4 Symptom och diagnostik

Symptomen på hjärtsvikt varierar beroende på om den högra eller vänstra hjärthalvan är drabbad, men ofta förekommer hjärtsvikt samtidigt i båda hjärthelvorna. I första hand

härör sig hjärtsvikten till hjärtats vänstra kammare och ger symptom som andnöd och trötthet vid lätt ansträngning. Vid svår hjärtsvikt förvärras andnöden i liggande ställning och medför så kallad hjärthosta. Viktökning är en följd av vätskeansamlingarna i kroppen. Lungödem är ett akut tillstånd som en följd av vänsterkammarsvikt. Vid högerkammarsvikt är de typiska symptomen svullnader i de nedre extremiteterna, njurfunktionsstörningar samt aptitlöshet och illamående på grund av störningar i tarmarnas blodcirkulation. Nedsatt prestationsförmåga hör till hjärtsvikt och därför är motion en viktig del av egenvården. Svullnadstendensen kan minskas genom att undvika överdrivet salt- och vätskeintag. Viktkontroll och rökstopp är också viktiga aspekter av egenvården samt att avstå från inflammationshämmande värkmediciner som ökar svullnadstendensen. (Kettunen, 2014).

Varannan hjärtsviktpatient är 80 år eller äldre. För äldre personer med hjärtsvikt kan symptomen ta sig uttryck, förutom som andnöd och svullnader även i form av trötthet, desorientering, magsmärta och nattlig urininkontinens. Hjärtsvikt skall behandlas enligt samma principer och tillvägagångssätt oberoende av ålder. Centrala mål bör vara symptomlindring och trygghet av funktionsförmågan. (Kupari, 2015).

Hjärtsvikt diagnostiseras på basen av symptom, EKG, röntgenbild av thorax, laboratorieprov och ultraljudsundersökning av hjärtat. Hjärtsviktsvården riktar in sig på den primära orsaken till tillståndet och kan därmed innefatta effekiverad behandling av högt blodtryck, behandling av kranskärslsjukdom endera med hjälp av läkemedel eller invasivt samt kirurgiska åtgärder av klaffel. Viktiga läkemedelsgrupper i hjärtsviktsvården är diuretika, angiotensinreceptorhämmare (ACE-hämmare) och betablockerare. (Kettunen, 2014).

4.1.5 Vård och uppföljning

Målet för behandlingen av kronisk hjärtsvikt är att minska på patientens symptom, minska på behovet av sjukhusvård och förbättra prognosen av förväntad livslängd. Den största nyttan inom läkemedelsbehandling ger betablockerare, ACE-hämmare och aldosteronantagonister. Hjärtsviktspace-maker är det främsta tekniska hjälpmedlet.

Behandlingsmetoderna ger mera positiv effekt på systolisk hjärtsvikt. Vid behandlingen av patienter som lider av diastolisk hjärtsvikt bör fokus riktas mot den bakomliggande sjukdomen, exempelvis effektiv behandling av hypertoni. För patienter med vänstersidigt skänkelblock är hjärtsviktspace-maker inte att förglömma. Pacemakern synkroniserar hjärtmuskelnns arbete och förbättrar därmed patientens prestationsförmåga och livskvalitet, samt minskar på dödligheten. Patienter som genomgått hjärtinfarkt, som har en ejektionsfraktion för vänster kammare som underskrider 30 % och som under optimal läkemedelsbehandling hör till NYHA II-III, kan ha nytta av en förebyggande rytmstörningspace-maker eller en kombinationspace-maker som både synkroniserar hjärtat och sköter arytmier. Dödligheten bland patienter med dilaterande kardiomyopati minskar tack vare implantation av rytmstörningspace-maker. (Ukkonen, 2015).

Melville (2011) har skrivit en artikel som handlar om ett projekt för att starta en hjärtsviktsklinik i Mellersta Finland. Projektets målsättning var att hitta fungerande rutiner i vården av hjärtsviktspatienter. Sjukskötarens uppgift var att öka patienternas förståelse för vilka fysiska symptom som berättar om ett förvärrat hjärtsviktstillstånd, samt vilka åtgärder patienterna själva kan vidta. Sjukskötare på Mellersta Finlands centralsjukhus stöder hjärtsviktspatienterna genom att hålla regelbunden kontakt med dem. Patienterna undervisas i att vara uppmärksamma på ankelsvullnad så att den vätskedrivande medicineringen kan ökas i ett tidigt skede. Förutom ankelsvullnad undervisas patienterna i att observera andnöd och snabb viktökning. Om vikten ökar mera än två kg på tre dygn eller fem kg på en vecka är det ett klart tecken på vätskeansamling i kroppen. Till hjärtsviktsvården hör också kontroll av salt- och vätskeintag.

Till utvecklingsprojektet, som Melville (2011) beskriver, hör att starta upp verksamhet för hjärtsviktsskötare samt inleda poliklinikverksamhet för hjärtsviktspatienter. Målsättningen är också att varje hälsovårdscentral i Mellersta Finland skulle få en sjukskötare som är specialiserad på hjärtpatientens vård och uppföljning. Genom att effektivisera hemvården och sätta in åtgärder i rätt tid har många ambulanstransporter till sjukhuset kunnat undvikas. Detta är både till patienternas och till samhällets fördel. Enligt landets medeltal kräver en patient som kommer med ambulans till sjukhuset på grund av förvärrad hjärtsvikt nio vårddygn, av vilka tre vårddygn i medeltal på intensivvården eller hjärtövervakningen. De effektiviserade insatserna riktade mot hjärtsviktspatienternas

handledning och uppföljning har gjort att sjukhusperioderna har minskat. Till teamet som arbetar med hjärtsviktspatienterna hör hjärtsviktsskötare, läkare och kardiolog.

En artikel av Aston (2013) beskriver hur hjärtsviktspatienter omhändertas efter utskrivning enligt ett Home to Office- program (H2O). Programmet ingår i Spectrum Health`s heart failure program och baseras på hypotesen att det inte är tillräckligt att patienten börjar må bättre under sjukhusvistelsen och bli utskriven, utan vården fortsätter en tid framöver, åtminstone en månad, men ibland under ett halvt till ett års tid. Målet är att minska återintagningar till avdelningar på grund av förvärrad hjärtsvikt. Enligt programmet skall varje utskriven hjärtsviktspatient få ett hembesök inom två till fem dagar efter utskrivning av en sjukskötare eller läkare, som ingår i ett hjärtsviktsteam. Hjärtsviktsteamets uppgift är att undervisa patienten i hur det är att leva med hjärtsvikt, vilket inkluderar daglig viktmatning, uppmärksammande av symptom som andnöd, svullnader i vristerna och buken, noggrannhet i medicineringen samt en värdering av hälsostatus enligt en grön, gul och röd skala. Såväl patienter som anhöriga får tillgodogöra sig undervisningen. På detta sätt kan hjärtsviktsteamet reagera på patientens observationer och i ett tidigt skede ana tecken på förvärrad hjärtsvikt och justera medicineringen.

4.1.6 Framtidens hjärtsviktsvård

Hjärtsviktens sjukdomsbild har förändrats under de senaste 20 åren. Tidigare var den typiska hjärtsviktspatienten en medelålders man med en skadad vänster kammare efter genomgången hjärtinfarkt och nedsatt systolisk funktion. Idag är den typiska hjärtsviktspatienten en äldre kvinna med god pumpkraft i vänster kammare men med en försämrad avslappningsfas, diastole. Tillståndet är en följd av långvarig blodtryckssjukdom. En betydande orsak till förändringen av sjukdomsbilden är den förebyggande vården av kranskärslssjukdom och snabb revaskularisering vid hjärtinfarkt. (Ukkonen, 2015).

Nya läkemedel ger nya vårdmöjligheter för hjärtsviktspatienterna. Ett kombinationspreparat bestående av valsartan och sakubitril har visat sig ge goda resultat

bland hjärtsviktpatienter som har en ejektionsfraktion under 35 % och befinner sig i NYHA-klass II-IV. Försök med stamcellsplantering för att få nya fungerande celler till hjärtmuskeln har gjorts samt genterapi. I takt med att patientantalet ökar och de tekniska förutsättningarna förbättras, ökar intresset för distansuppföljning. Distansuppföljning går ut på att patienternas mätresultat förmedlas från hemmet till vårdenheten via internet- eller telefonanslutning. Mätningarna består av allt från vikt, blodtryck och puls till information om lungartärtrycket som kan mätas med hjälp av en apparat som installerats på patienten. Målet med alla former av uppföljning är att kunna reagera snabbt på förändringar i patienternas tillstånd och därmed kunna vidta åtgärder för att undvika sjukhusintagningar. En fungerande vårdkedja bör organiseras med omsorg för att den skall kunna utvinna någon nytta. (Ukkonen, 2015).

4.2 Egenvård vid hjärtsvikt

Egenvård vid hjärtsvikt innebär aktiviteter som patienten själv utför under handledning av professionell hälso- och sjukvårdspersonal. Med dessa aktiviteter påverkar patienten sina symptom, sjukdomstillståndets framskridande och prognos. I egen vården är patienten själv ansvarig för sin medicinering och är observant på levnadsvanor som kan påverka sjukdomen negativt. Faktorer som patienten skall beakta och bör kunna reagera på är en del av en uppdaterad vårdplan. Dessa faktorer är daglig viktkontroll, uppföljning av symptom och prestationsförmåga, förståelse för mängden intaget salt och intagen vätskemängd, förverkligande av planenlig läkemedelsbehandling, kunskap om självständig dosändring av diuretika, vetskap om motionens positiva effekter, samt aktiv kontakt till överenskommen sjukvårdspersonal. En lyckad egenvård förbättrar patientens livskvalitet och minskar behovet av sjukhusvård. (Lommi, 2015).

Syftet med studien av Vellone, Riegel, D'Agostino, Fida, Rocco, Cocchieri och Alvaro (2013) var att öka kunskapen om egenvårdsprocessen vid hjärtsvikt och finna samband mellan begrepp som tillgodogörande av behandling, symptomregistrering, igenkännande av symptom, utvärdering av symptom, genomförande av behandling och utvärdering av behandling. Egenvård vid hjärtsvikt anses nödvändig för att förbättra patientens livskvalitet, reducera sjukhusvistelser och besök till akutmottagningar, samt minska på

dödligheten. I den italienska studien deltog 417 informanter med hjärtsvikt. Datainsamlingen gjordes som en sociodemografisk enkätundersökning. Self-Care of Heart Failure Index v. 6.2, som innehåller olika egenvårdsaktiviteter, användes. Följande samband kunde konstateras: symptomregistrering korrelerar till tillgodogörande av behandling, symptomregistrering och tillgodogörande av behandling har ett direkt positivt samband med igenkännande och utvärdering av symptom och detta i sin tur har ett direkt positivt samband med genomförande av behandling som har ett positivt samband med behandlingsutvärdering. Resultatet stöder användningen av den situationsspecifika egenvårdsteorin vid hjärtsvikt inom forskning och i praktiken.

Shao, Chang, Edwards, Shyu och Chen (2013) har gjort en studie över effekterna av ett egenvårdsprogram för hjärtsviktspatienter. Hjärtsvikt utgör en betydande orsak till sjukhusvård världen över. Studiens syfte var att kartlägga effekterna av ett egenvårdsprogram som inkluderar kontroll över salt- och vätskeintag, självkontroll över hjärtsviktsrelaterade beteenden och symptom, samt användningen av hälsovårdstjänster. I studien deltog 108 informanter som uppfyllde följande kriterier: 65 år eller äldre, hjärtsviktsdiagnos med NYHA klass I-III, utskrivning från sjukhusets kardiologiska enhet, samt kunskaper i kinesiska eller taiwanesiska. Informanterna delades in i en kontrollgrupp och i en försöksgrupp. Försöksgruppen blev tilldelad innehållet i egenvårdsprogrammet. Resultatet visade att patienterna i försöksgruppen var mera villiga att följa egenvårdsprogrammet genom att sätta upp mål, dokumentera dagligt vätske- och natriumintag, vägning och övervakning av symptom. Hjärtsviktsrelaterade ångesttillstånd minskade. Däremot kunde ingen minskning i användningen av hälsovårdstjänster konstateras. Studien påvisar att ibruktage av ett egenvårdsprogram ger en signifikant minskning av hjärtsviktsrelaterade symptom samt förbättrat hälsostatus.

4.2.1 Vätske- och saltintag

Vätskebegränsning är inte nödvändig vid lindrig hjärtsvikt, men vid allvarlig hjärtsvikt kan reducerat vätskeintag minska uppkomsten av svullnader samt behovet av diuretika. För bedömning av svullnader och vätskebalans bör patienten undervisas i att väga sig dagligen före frukost och att notera mätresultaten. Snabb viktökning kan tyda på vätskeansamling i

vävnaderna och föranleda lungödem. Detta kan i vissa fall undvikas med en tillfällig ökning av diuretika. Plötslig dehydrering kan i sin tur minska hjärtats minutvolym, sänka blodtrycket, försämra njurfunktionen, orsaka hyperkalemi och öka risken för arytmier. Patienten bör också känna till förfaringssättet vid vätskeförluster orsakade av feber, diarré och illamående. (Lommi, 2015).

Det finns inga allmängiltiga rekommendationer för saltintag gällande hjärtsviktpatienter, utan det bör utvärderas individuellt. Saltintaget kan i allmänhet begränsas genom att använda livsmedel med lågt saltinnehåll och genom att undvika att salta maten extra. Riklig användning av salt höjer blodtrycket och kan försvaga effekten av vissa läkemedel. Vid svår hjärtsvikt kan natriumhalten i plasma vara låg. Det betyder inte att individen lider av natriumbrist, utan att natrium distribueras till områden med större vätskevolym. Därför kan ökning av saltintaget förvärra svullnaden i vävnaderna. I stället kan den låga natriumhalten i plasma korrigeras med minskat vätskeintag. En nödvändig vätskebegränsning vid svår hjärtsvikt kan vara 1,8-2,0 liter i dygnet. Extrem saltbegränsning kan i sin tur orsaka verklig natriumbrist. (Lommi, 2015).

4.2.2 Näringsstatus

Till bedömningen av patientens näringsstatus hör kontroll av längd och vikt, men även mätningar baserade på bioimpedans kan användas. Bioimpedans är en metod för att mäta andelen kroppsfett, men skall inte användas om patienten har en pacemaker. Rikliga vätskeansamlingar i vävnaderna kan ge felaktiga resultat i bedömningen av näringsstatus. Hjärtsviktpatienternas kost bör vara mångsidig, fettsnål och saltfattig. Normalviktiga bör äta en kost med rikligt kaloriinnehåll. Det är viktigt att hjärtsviktpatientens näringsstatus bedöms individuellt och att extremtillstånd som övervikt och kakeksi beaktas. Behovet av handledning gällande näringsintaget, hjälp med inhandlande av livsmedel eller måltidsservice bör bedömas. (Lommi, 2015).

Övervikt belastar blodcirkulationen och ökar risken för diabetes, kranskärslsjukdom och sömnapné. Paradoxalt har personer med övervikt bättre reserver för ämnesomsättningen

som är till nytta vid kroniska sjukdomar. Hjärtsviktssymptomen kan uppträda i ett tidigare skede bland överviktiga vilket möjliggör en snarare insatt läkemedelsbehandling. Hjärtsviktspatientens viktminskning bör förverkligas med måtta och bör ske när tillståndet är stabilt och patienten inte har vätskeansamlingar. (Lommi, 2015).

En hjärtsviktspatient bedöms vara kakektisk när vikten, utan svullnader, minskar över 5 % på 6-12 månader. Det sparsamma energiintaget kan bero på dålig matlust, näringsämnenas absorption i tarmen eller en ensidig kost. Energiförbrukningen ökar av bl.a. ökat andningsarbete, snabb puls och temperaturstegring förorsakad av cytokinaktivering. Förbrukningen av muskelprotein ökar när fettvävnaden avtar. Patientens vikt kan hållas förvånansvärt stabil en längre tid när muskelförtvining är orsaken till viktminskning samtidigt som patienten har vävnadssvullnader. Vid allvarlig hjärtsvikt eller om patienten redan utvecklat kakeksi, bör kosttillskott eller preparat som höjer matlusten övervägas. (Lommi, 2015).

4.2.3 Anemi

Järnbrist och anemi är vanligt bland hjärtsviktspatienter. Intravenös tillförsel av järn har visat sig förbättra patienternas prestations- och funktionsförmåga samt livskvalitet. Europeiska kardiologföreningens uppmaning är att överväga diagnostisering av järnbrist om patienten misstänks ha hjärtsvikt, trots att anemisering inte skulle föreligga. (Ukkonen, 2015).

Orsaken till anemi bland hjärtsviktspatienter är oftast järnbrist som en följd av bristfällig näringstillförsel eller järnförlust p.g.a. blödning i tarmen. Andra orsaker till anemi kan vara njursvikt, brist på B12-vitamin eller folat. Benmärgssjukdom kan också finnas i bakgrunden. Till patientens egenvård i anemiförebyggande syfte hör att äta en kost med rikligt järninnehåll, framförallt livsmedel som innehåller hemjärn såsom kött, fjäderfä och fullkornsprodukter, samt att använda järnpreparat enligt läkarens föreskrifter. (Lommi, 2015).

4.2.4 Alkohol och tobak

Långvarig och riklig alkoholkonsumtion kan orsaka skada på hjärtmuskeln. Alkohol är den huvudsakliga orsaken till dilaterande kardiomyopati. Alkohol har en negativ inverkan på muskelcellernas kontraktionsförmåga och kan också påskynda cellförstörelsen. Rikligt alkoholintag ökar risken för arytmier, orsakar bukfetma och försämrar sockerbalansen. Hjärtat kan återhämta sig märkbart efter alkoholstopp. Hjärtsviktspatientens alkoholförbrukning får inte överskrida en restaurangportion per dag, d.v.s. ett glas vin, en flaska mellanöl eller fyra centiliter starksprit. Om alkohol är den huvudsakliga orsaken till hjärtsvikt bör alkoholanvändningen avslutas helt. (Lommi, 2015).

Nikotin orsakar sammandragning av blodkärlen, ökar blodcirkulationens perifera motstånd och höjer blodtrycket. Tobakens rökgaser skadar lungorna, upprätthåller kronisk inflammation i luftvägarna och stör gasutbytet. Kronisk obstruktiv lungsjukdom är en av de främsta sjukdomarna som försvårar hjärtsvikt. Till hjärtsviktspatientens egenvård hör rökfrihet, vid behov med hjälp av nikotinpreparat. Abstinenssymptom kan lindras av depressionsläkemedel, exempelvis nortriptylin, men med beaktande av risken för arytmier. (Lommi, 2015).

4.2.5 Medicinering

Läkemedelsbehandling har en central roll i symptomlindring och förbättring av prognos, men kräver noggrannhet från patientens sida både gällande förbrukning av mediciner och uppmärksammande av eventuella biverkningar. Oftast är läkemedelsintaget patientens eget ansvarsområde, men ibland bör anhöriga vara involverade. Diuretika är den viktigaste läkemedelsgruppen och används för att lindra symptom orsakade av vävnadssvullnader. Justering av diuretikadosen kan göras i egenvården parallellt med salt- och vätskebegränsning. (Lommi, 2015).

4.2.6 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en viktig del av egenvården. Mears (2006) har skrivit en artikel som belyser betydelsen av konditionsträning för patienter med kronisk hjärtsvikt. Hjärtsviktspatienter blir sällan ordinerade fysisk träning trots att fysisk aktivitet har visat sig minska på sjukhusintagningar, förbättra symptomen, höja livskvaliteten och minska på dödligheten. Ända till slutet av 1980-talet blev patienter med kronisk hjärtsvikt rekommenderade att undvika fysisk aktivitet med tanke på att träning skulle orsaka ytterligare belastning på det svaga hjärtat och bidra till flera komplikationer. Idag rekommenderas hjärtrehabilitering för patienter i stabilt tillstånd, när det inte finns några tecken på akut kompenserande i form av pulmonella eller perifera ödem. Nivån på träningen bör alltid anpassas individuellt.

Förutom förändringar i hjärtat ger hjärtsvikt också skador på blodkärlen, autonoma nervsystemet, skelettmuskulaturen och lungorna. Motion har positiva effekter på blodcirkulationen, skelettmuskulaturen och det autonoma nervsystemet. Den största nyttan ger uthållighetsträning, men muskel- och intervallträning, samt övningar för andningsmuskulaturen är också fördelaktiga. Vid ansträngning stiger den maximala pulsfrekvensen, vilket gör att minutvolymen ökar samtidigt som vilopulsen sjunker. (Kiilavuori, 2015).

4.2.7 Uppföljning av egenvården

Hjärtsviktspatientens egenvård kan uppföljas genom poliklinikmottagning, hembesök, telefonkontakt eller distansuppföljning. Under ett poliklinikbesök kan förändringar i patientens blodcirkulation och ämnesomsättning utvärderas. Akuta hälsoproblem kan åtgärdas och patienten och de anhöriga kan handledas. Poliklinikmottagningens negativa aspekter är tidsbegränsningen och kravet på resurser. Besöket kan medföra en ansträngande resa mellan hemmet och vårdplatsen för patienten. (Lommi, 2015).

Under ett hembesök kan patientens hemförhållanden och kapacitet att klara vardagslivet utvärderas. Genom kontroll av egenvårdshandlingarna, så som vikt, blodtryck, puls och läkemedelshantering, fås en inblick i patientens följsamhet till vården. Hembesöken är liksom poliklinikbesöken resurskrävande och kostsamma. (Lommi, 2015).

Telefonkontakt är ett mera kostnads- och tidseffektivt alternativ för uppföljning. Genom ett telefonsamtal kan patientens symptom, vikt, eventuella svullnader, kost, motion och medicinering bedömas. Rådgivning och handledning kan ges. Om patienten före telefonsamtalet ordinerats laboratriekontroll, t.ex. proBNP, kalium och kreatinin, kan effekten av läkemedelsbehandlingen bedömas samt behov av vidare kontakt i form av hembesök, poliklinikbesök eller intagning till sjukhusavdelning utvärderas. Ifall patienten är tekniskt kunnig och har apparatur kan också uppföljningen ske genom videoöverföring. Systematisk telefonuppföljning har visat sig förbättra patienternas livskvalitet och minska på sjukhusvården. (Lommi, 2015).

Distansuppföljning av mera avancerat slag, så som pacemaker eller andra mätverktyg som installeras på patienten, kräver kunskap både från personalens och patientens sida. Risken för felmätningar bör också finnas i åtanke. Tekniska hjälpmedel kan aldrig ersätta den mänskliga kontakten mellan patient och sjukvårdspersonal. (Lommi, 2015).

4.2.8 Hjärtsvikt i vardagen

Hjärtsviktspatienter har en ökad risk att drabbas av allvarliga komplikationer under infektionsepidemier och därför rekommenderas influensavaccination. Handhygien, tand- och hudhälsa samt att undvika smittokontakter är faktorer att beakta. Vid planering av en längre flygresa bör hjärtsviktspatienten komma ihåg stödstrumpor och lågmolekylärt heparin om inte antikoagulansbehandling hör till grundmedicineringen. Rådande förhållanden på destinationsorten, t.ex. temperatur och luftfuktighet, bör även beaktas. En annan faktor som hör till vardagslivet är hjärtviktsmedicinerna och deras inverkan på samlivet. Diskussionen om bilkörning bör äga rum tidigt i samband med diagnostisering.

Att köra bil privat är tillåtet om sjukdomstillståndet är stabilt. I oklara fall är det specialistläkarens uppgift att bedöma körförmågan. (Lommi, 2015).

En studie av Navidian, Yaghoubinia, Ganjali och Khoshsimae (2015) beskriver effekten av utbildning i egenvård för hjärtsviktspatienter beträffande medvetenhet, attityder och tillgodogörande av egenvårdsutbildning bland hjärtsviktspatienter som var intagna för sjukhusvård. Syftet var att klargöra om det finns skillnader mellan depressiva och icke-depressiva patienters nytta av utbildning. Sjuttio informanter med diagnosen hjärtsvikt deltog i undersökningen. Inledningsvis undersöktes patienterna angående depressionsstatus och indelades därefter i två grupper. Informanterna ombads fylla i enkäter rörande temat medvetenhet, attityder och tillgodogörande av egenvård. Därefter fick samtliga informanter undervisning i egenvårdsbeteende. En ny enkätundersökning gjordes tolv veckor efter utskrivning från sjukhuset. Den statistiska analysen visade på signifikanta skillnader mellan de depressivas och de icke depressivas medvetenhet, attityder och tillgodogörande av egenvårdsbeteende efter sessionen av undervisning. Utbildning i egenvårdsbeteende hade sämre effekt på deprimerade hjärtsviktspatienter, vilket påvisar betydelsen av att beakta eventuella psykologiska problem innan undervisning i egenvård inleds. Depression orsakar sjukdomsförnekelse, nedsatt motivation för behandling, fördröjning i tillfrisknandet samt frekventa sjukhusvistelser.

4.3 Organisering av hjärtsviktsmottagning och den avancerade kliniska sjukskötarens roll

En avancerad klinisk sjukskötare (AKS) är en legitimerad sjukskötare med en högre yrkeshögskoleexamen (90 sp). Det betyder att den självständiga yrkesutövningen utvidgas och utvecklas. Utgångspunkten finns i det egna professions- och vetenskapsområdet. Varje AKS har en egen verksamhetsmodell som är anpassad till verksamheten inom den egna organisationen. Patienten skall vara i fokus för verksamhetsmodellen. Patientens upplevelse av vården bör vara att den är lättillgänglig, trygg och professionell, samt håller en hög kvalitet. (Mannevaara, 2010, s. 3).

En AKS skall självständigt kunna bedöma, diagnostisera och ansvara för vanliga akuta hälsotillstånd, samt ansvara för uppföljning av långvariga hälsobehov på ett avancerat plan. En AKS kan utföra en omfattande klinisk bedömning av patienten, samt utföra de vårdåtgärder som krävs. Inom det egna fördjupningsområdet kan en AKS ordinera undersökningar och medicineringar för en helhetsmässig vård. (Fagerström, 2011, s. 75).

4.3.1 Övergripande verksamhetsmodell för avancerade kliniska sjukskötare

Vasa centralsjukhus har utvecklat en övergripande verksamhetsmodell för avancerade kliniska sjukskötare. I modellen uppdelas avancerad klinisk kompetens i fem områden. Det första området är bedömning av patientens vårdbehov, val och genomförande av vårdhandlingar och vårdaktiviteter, d.v.s. kliniska beslut. Vårdprocessen skall bestå av bedömning av vårdbehov, vårddiagnos, vårdplanering, implementering och utvärdering. Det andra området i modellen är klinisk kompetens i vårdrelationen. Ett värdigt bemötande av patienten skall vara grunden i vårdrelationen. Inbjudan, trygghet och kontinuitet är hörnstenarna. Relationen baserar sig på förtroende och integritet. Patienten bör informeras om vården och behandlingarna, samt om sina rättigheter för att skapa delaktighet i vården. Klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete är verksamhetsmodellens tredje område. En avancerad klinisk sjukskötare kan arbeta både självständigt och som medlem i ett multiprofessionellt team. Vården baseras på evidensbaserad kunskap. En klar uppgifts- och ansvarsfördelning skall finnas mellan läkaren och den avancerade kliniska sjukskötaren. Läkaren fungerar som handledare, rådgivare och konsult. Den avancerade kliniska sjukskötaren kan också fungera som sakkunnig och konsult för sjukskötare och övrig vårdpersonal. (Mannevaara, 2010, s. 5-7).

Det fjärde området är klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling, vilket innefattar ett analytiskt, kritiskt, systematiskt och reflektivt tänkande. Den avancerade kliniska sjukskötaren upprätthåller och utvecklar de egna kliniska färdigheterna och kompetensen, följer med kunskapsutvecklingen inom vetenskapsområdet, deltar i forskning, utbildning och undervisning samt initierar och leder forsknings- och utvecklingsprojekt. Klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur är det femte området i verksamhetsmodellen. Organisation, kultur, miljö och konsten att leda och

undervisa är faktorer som betonas. Att administrera, organisera och leda vårdarbetet är kompetenser som fordras av den avancerade kliniska sjukskötaren som också självständigt sköter sin mottagningsverksamhet. (Mannevaara, 2010, s. 7-8).

I en artikel av Fagerström och Glasberg (2011) utvärderas den avancerade kliniska sjukskötarens roll i Finland ur vårdledarnas perspektiv. Resultatet visar att avancerade kliniska sjukskötare är en viktig resurskälla i vården av kroniskt sjuka patienter och patienter med akuta hälsoproblem. I och med den ökande andelen äldre medborgare, tvingas hälsovårdssystemen att genomgå förändringar för att svara på efterfrågan. I artikeln betonas att rollen för en AKS inte grundar sig enbart på patientbehoven, utan även på hälsovårdsorganisationernas behov. En klar definition för AKS-rollen skulle vara nödvändig för att undvika förvirring och konflikter mellan olika yrkesgrupper och mellan sjukskötarkollegor. När traditionella och hierarkiska system omformas är konflikt en naturlig reaktion. En del av de intervjuade vårdledarna i artikeln uttrycker intresse för att utveckla AKS-rollen, men nämner att det tar tid innan rollen kommer till sin fulla rätt med tanke på den utökade kunskapen och kompetensen som rollen kräver. Vårdledare och avancerade kliniska sjukskötare är i ett ömsesidigt beroendeförhållande. Vårdledare behöver avancerade kliniska sjukskötare i sina organisationer och avancerade kliniska sjukskötare behöver i sin tur stöd från vårdledare i utvecklingen av rollen.

4.3.2 ”PEPPA” modellen

Bryant-Lukosius och DiCenso (2004) har utvecklat en modell för implementering och utvärdering av avancerad klinisk vård, en så kallad ”PEPPA” modell. ”PEPPA” är en akronym för engelska begrepp som översatt till svenska betyder deltagande (Participatory), evidensbaserad (Evidence-based), patientfokuserad (Patient-focused), process för (Process for) samt avancerade kliniska omvårdningsrollers utveckling, implementering och utvärdering (Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation). ”PEPPA” modellens syfte är att utgöra ett stöd i utvecklingen av avancerade kliniska sjukskötarroller och bidra med ett systematiskt förhållningssätt som utgår från patienternas hälsobehov, samt främja en optimal spridning och utveckling av avancerade kliniska sjukskötarroller. Modellen kan användas både för kortsiktig och långsiktig

utvärdering av rollen. Kärnan i modellen bygger på antagandet att alla avancerade kliniska sjukskötarrollers målsättning skall vara att upprätthålla, återställa och maximera patientens hälsa genom nya lösningar i all produktion av hälsovårdsservice.

Enligt Bryant-Lukosius m.fl. (2004) består ”PEPPA” modellen av nio steg som beskriver hur involverade parter engageras för att fastställa mål, planera, skapa strategier och implementera dessa för att en ny avancerad klinisk sjukskötarroll skall utvecklas och integreras i hälsovårdssystemet. Stegen består av att definiera patientgruppen och beskriva den nuvarande vårdmodellen samt att identifiera nyckelpersonerna och rekrytera deltagarna. Därefter skall behovet av en ny vårdmodell fastställas. De följande stegen är att identifiera prioriterade problem och mål samt att definiera den nya vårdmodellen och den avancerade kliniska sjukskötarens funktion. Därefter följer planering av strategier för att implementera den nya vårdmodellen och implementering av uppgjorda planer. De två sista stegen handlar om att utvärdera den avancerade kliniska sjukskötarens funktion och den nya vårdmodellen, samt att långsiktigt uppfölja och dokumentera dessa.

5 Metod

När en forskningsstudie inleds bestämmer forskaren om studien skall utgå från teori eller empiri. En induktiv studie börjar i empirin och då studeras det specifika fenomenet så noggrant som möjligt. Helt förutsättningslöst kan en studie inte ta sin början i empirin, en viss förförståelse måste föreligga. Utifrån datainsamlingens resultat dras slutsatser som gäller för det valda fenomenet men också för närliggande fenomen. (Priebe och Landström, 2013, s. 37).

Som datainsamlingsmetod i denna studie användes enkätmetodik. Enkäterna riktades till hjärtsviktspatienter som var intagna på avdelningen för inre medicin och lungsjukdomar samt hjärtsviktspatienter som besökte hjärtskötarmottagningen på inre medicinska polikliniken. Till examensarbetet hörde också att utforma en verksamhetsmodell för en avancerad klinisk sjukskötares hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och

hälsovårdsverk. Resultatet från enkätundersökningen fungerade som en hörnsten för verksamhetsmodellen eftersom patientens egenvård skall vara i fokus.

I studien användes både kvalitativa och kvantitativa metoder eftersom enkäten innehöll både öppna och slutna frågor. Kvalitativ innehållsanalys fungerade som dataanalysmetod för de öppna frågorna och statistisk analys för de slutna frågorna.

5.1 Datainsamling

I studien användes en enkät med både öppna och slutna frågor. Respondenten önskade få djup i informationen om informanternas personliga upplevelser och samtidigt finna samband mellan olika variabler så som ålder, kön och upplevelse av att vara deprimerad, med informanternas egenvårdsaktiviteter och användning av sjukvårdstjänster. På detta sätt ville respondenten få fram hur hjärtsviktsskötarens arbetsinsatser bör riktas.

5.1.1 Urval

Urvalet i studien kan beskrivas som enkät till besökare. Urvalet bestod av personer som sökte sig till ett visst besöksställe på eget initiativ. Urvalet var inte slumpmässigt eftersom varje person i en viss målgrupp inte tilldelades möjligheten att ingå i urvalet. (Ejlertsson, 2005, s. 23). Denna studie syftade till att minska avdelningsintagningarna för hjärtsviktspatienterna. Enkät till besökare var en användbar urvalsmetod, eftersom respondenten på detta sätt kom åt informanter som besökte sjukhusavdelningen eller polikliniken.

Urvalet av informanter är ett icke-sannolikhetsurval eftersom det inte baserar sig på slumpmässighet. Respondenten bestämmer var och när hen skall få tag på de enheter som skall vara med i undersökningen. En god och täckande uppfattning om situationen kan fås om respondenten har bra kunskap om populationen som urvalet skall göras från. Urvalet

sker efter egen uppfattning och säger inget om hur säkert resultatet är. (Holme m.fl., 1997, s. 183-184).

Sammanlagt 70 enkäter, 40 svenskspråkiga och 30 finskspråkiga, fördelades mellan avdelningen för inremedicin och lungsjukdomar samt hjärtskötarmottagningen inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Enkätutdelningen sköttes av avdelningspersonalen, hjärtskötaren och en kardiolog. Totalt 20 enkäter besvarades. Personalen upplevde att det var svårt att hitta lämpliga informanter med tanke på klientelet på avdelningen. Enkätfrågorna var riktade till patienter som var medvetna om sin hjärtsviktsdiagnos, vilket orsakade problem eftersom många patienter inte verkade känna till sin diagnos eller hade nyligen blivit diagnostiserade och därför inte var orienterade i egenvården.

5.1.2 Enkät

Enkätmetodik är en datainsamlingsmetod som kan användas över ett brett spektrum av forskning, men är mest lämplig när informanterna är många och befinner sig på olika platser. Det som frågas bör vara ganska kortfattat, okomplicerat och okontroversiellt. Enkäter kan användas när inga personliga möten krävs och det finns ett behov av standardiserad data från frågor som är identiska. Vid enkätundersökningar bör faktorer som ålder, syn och intellekt beaktas eftersom informanterna bör vara kapabla att läsa och förstå frågorna. (Denscombe, 2009, s. 208).

Konfidentialitet och anonymitet är viktiga aspekter inom enkätmetodiken. Datainsamlingen bygger på individernas frivillighet att svara på frågor, vilket betyder att individerna bör motiveras till att delta i undersökningen genom att understryka nyttan med att de svarar på frågorna. Det bör klargöras att varje individs bidrag är viktigt för att få tillstånd en förändring. (Patel och Davidson, 2011, s. 73-74).

Enkäten i denna studie var anonym eftersom den enligt Patel m.fl. (2011, s. 74) inte innehöll uppgifter som kunde identifiera informanten, t.ex. namn eller nummer.

Informanterna informerades om anonymiteten. Studiens syfte krävde inte att informantens identitet var känd, men det medförde att respondenten inte hade möjlighet att skicka ut påminnelsebrev.

Enkätfrågor har olika grad av strukturering beroende på om det finns givna svarsalternativ eller om frågorna är öppna, d.v.s. ger informanten möjlighet att ge fritt formulerade svar. Enkäten i denna studie bestod av 17 frågor. Strukturingsgraden och svarsalternativen skiljde sig mellan frågorna beroende på frågornas art. Enkätfrågorna var standardiserade, d.v.s. varje informant svarade på likalydande frågor som kom i samma ordningsföljd. (Patel m.fl., 2011, s. 75-77).

Enkätfrågorna utformades på basen av faktorer som enligt tidigare forskning har visat sig ha samband med sjukhusintagningar p.g.a. förvärrad hjärtsvikt. Respondenten lade stor vikt på frågor som berörde var och hur informanterna ville få handledning gällande sitt sjukdomstillstånd. En kartläggning av hjärtsviktpatienternas egenvårdsaktiviteter fanns med i enkäten eftersom respondenten önskade få svar på hur hjärtsviktpatienternas egenvårdsaktiviteter kunde förbättras. Enkätutdelningen ägde rum 2.3-22.8.2016. Enkäten granskades av två sjukskötare med lång erfarenhet av hjärtsviktsvård innan distribueringen inleddes. Enkäten godkändes också av chefen för vårdarbetet.

5.1.3 Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt

Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt utvecklades 2003 av Jaarsma, Stromberg, Martenssen och Dracup för att kvantifiera vilka åtgärder en patient använder sig av i sin egenvård. Skalan fokuserar på aktiviteter som daglig vägning, vätskebegränsning, motion och kontakt till hälso- och sjukvården. Skalan täcker tre olika aspekter av beteende för att sköta sin hälsa, nämligen att följa ett system, begära hjälp och anpassning av dagliga aktiviteter. (Shuldham, Theaker, Jaarsma och Cowie, 2007).

Som grund för kartläggningen av patienternas egenvårdsaktiviteter används i enkäten europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt. Informanten värderar nio olika egenvårdsaktiviteter på en skala mellan 0 och 3, där 0=kan inte säga, 1=stämmer helt, 2=stämmer delvis och 3=stämmer inte alls.

5.2 Dataanalysmetoder

I studien användes två olika dataanalysmetoder, nämligen innehållsanalys för den kvalitativa delen som de öppna frågorna stod för och statistisk analys för det kvantitativa materialet. Som utgångspunkt för de kvantitativa frågorna fungerade Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt.

5.2.1 Kvalitativ innehållsanalys

Inom innehållsanalysen finns två huvudinriktningar, en kvalitativ och en kvantitativ gren. Den kvantitativa innehållsanalysen används främst inom medieforskning. Den kvalitativa grenen beskriver ett valt fenomen och är ofta ett nödvändigt komplement till den kvantitativa analysen för att forskningsresultatet skall bli ordentligt belyst. Objektet för innehållsanalysen är kommunikationsinnehållet. Analysens avgränsning är beroende av kommunikationsinnehållets avgränsning i frågorna. Innehållsanalysens mål är att relatera kommunikationsinnehåll till mänskligt beteende, historisk utveckling och social organisation. (Olsson och Sörensen, 2011, s. 209-210).

Innehållsanalysen består av olika delar: analysenhet, domän, meningsenhet, kod, kategori och tema. Analysenheten kan vara en organisation eller ett program som blir föremål för studien, men också texter från frågeformulär kan benämnas som analysenhet. Med termen domän avses området för analys. Domäner kan uppkomma i själva analysen och flera frågor ger flera domäner. Om texten av svaren på en fråga behöver delas upp i flera områden, kan den fortsatta analysen ske under flera domäner. Meningsenheten är ett resultat av att texten har reducerats, eller kondenserats, till väsentliga ord från flera

meningar. Koden är ett samlingsnamn för en kondenserad meningsenhet och kan beskrivas med ett enda ord. Koder med liknande innehåll kan grupperas ihop och bilda en kategori. Flera grupper av koder som hör ihop kan bilda underkategorier, som i sin tur bildar en kategori. Ett tema kan ses som en röd tråd som sammanbinder alla kategorier. (Danielson, 2013, s. 332-333).

Innehållsanalys kan tillämpas på vilka texter som helst för att kvantifiera innehållet. Innehållsanalysen kan avslöja många dolda sidor av kommunikationen i texten, exempelvis värderingar, prioriteringar, vad som framställs som relevant och hur idéer hänger ihop. Innehållsanalysens begränsningar är att den har en tendens att lyfta ut enheterna från dess ursprungliga sammanhang och har svårt att hantera underförstådda meningar. Dataanalysmetoden är mest lämplig när texten har en enkel innebörd. (Denscombe, 2009, s. 307-309).

5.2.2 Statistisk analys

För att undersöka hur olika faktorer påverkar varandra finns olika kvantitativa tekniker. Valet av teknik bestäms av undersökningens syfte och informationens innehåll. Alla tekniker har gemensamt att de förenklar och systematiserar den insamlade informationen. Som grund för analysen fungerar mönster och tendenser i informationen, och genom att använda olika tekniker är det möjligt att utläsa dem. (Holme och Solvang, 1997, s. 24).

Kvantitativa metoder kan grovt taget användas till två saker, att beskriva något, d.v.s. deskriptiv statistik och till att pröva antaganden, d.v.s. hypotesprövande statistik. En deskriptiv undersökning beskriver flera egenskaper hos en population. Eftersom det redan finns en viss mängd kunskap vid en deskriptiv undersökning, görs en avgränsning av det fenomen som skall beskrivas. Slutsatser om orsakssammanhang kan inte dras. En förutsättning för en hypotesprövande undersökning är att det finns tillräckligt med kunskap inom området för att kunna härleda antaganden eller hypoteser från teorin och sedan testa dem. (Olsson m.fl., 2011, s. 45).

I en kvantitativ studie kan variablerna vara av fyra olika typer: nominalvariabler, ordinalvariabler, intervallvariabler och kvotvariabler. Skillnaderna i variabeltyperna ligger i hur noga svaren kan mätas och rangordnas. För att svaren skall kunna kodas måste de brytas ner och betecknas med siffror för att kunna läggas in i ett dataprogram. Nominalvariabler går inte att rangordna. I denna studie används variabeln *kön* som är en nominalvariabel. Variabler som mäter olika attityder är ordinalvariabler. Egenvårdsaktiviteterna i studien är av ordinalvariabeltyp. Kvotvariabler berättar om storleksförhållanden mellan svaren, så som *ålder* och *antal år med hjärtsvikt*. I studien finns också frågor som har två svarsalternativ och de utgör typen dikotoma variabler. (Eliasson, 2010, s. 37-39).

Det kvantitativa materialet åskådliggörs genom tabeller. En tabell kan visa både hur många svar respektive svarsalternativ har fått och andelen svar i procent. Ett färre antal svar lämpar sig att ange i antal svar medan ett stort antal svar bättre visualiseras i procent. Med ett litet antal svar finns det anledning till att vara försiktig med att analysera frågan vidare. (Eliasson, 2010, s. 70-71).

Materialet inmatas i SPSS för mätning av Spearmans rangkorrelation. Om värdena är rangordnade och avståndet mellan de olika värdena är okända, d.v.s. data ligger på ordinalskalenivå, kan Spearmans rangkorrelation användas. Om perfekt överrensstämmelse råder mellan två rangordningar är sambandet högt. Differensen i rangordningen kan studeras för att se hur stora differenserna blir totalt sett. Differenserna kommer att bli både positiva och negativa med summan noll. För att bli av med minustecknet kvadreras differenserna. Spearmans rangkorrelation varierar mellan +1 och -1. Värdet 0 innebär att inget samband finns och +1 eller -1 innebär perfekt överrensstämmelse. (Olsson m.fl., 2011, s. 249-250).

5.3 Etiska överväganden

Alla former av vetenskapligt arbete styrs av forskningsetiska aspekter. Detta gäller såväl kvalitativ som kvantitativ forskning. Människor som är involverade i forskningsprocessen får inte utsättas för fysiskt eller psykiskt obehag. Integritet och insyn i privatliv måste skyddas. (Olsson m.fl., 2011, s. 78).

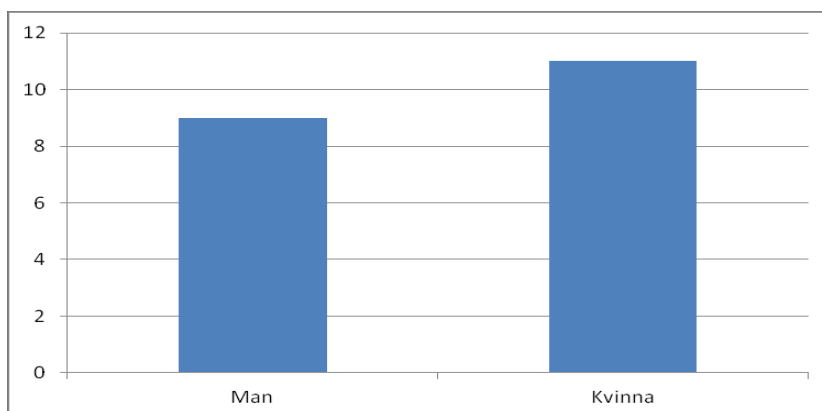
Informanterna i denna studie deltog på frivillig basis och blev informerade om studiens syfte och art. Informanternas anonymitet bevarades och de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Detta informerades informanterna om i följebrevet som bifogades till enkäten, se bilaga 1 och 2. Ett alternativ skulle ha varit att plocka ut informanterna från vårddokumenteringsprogrammet och därmed välja ut patienter som var inskrivna med diagnosen hjärtsvikt. Ett sådant förfaringssätt skulle ha krävt tillstånd av varje patient, vilket hade varit tidskrävande. I stället blev avdelningens och poliklinikens personal involverade eftersom det föll på dem att dela ut enkäterna och kort informera om undersökningen. Personalen informerades också om studien. Anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov har gjorts till Jakobstads social- och hälsovårdsnämnd. Tillstånd har beviljats av chefen för vårdarbetet med motivieringen att studien utvecklar verksamheten.

6 Resultatredovisning

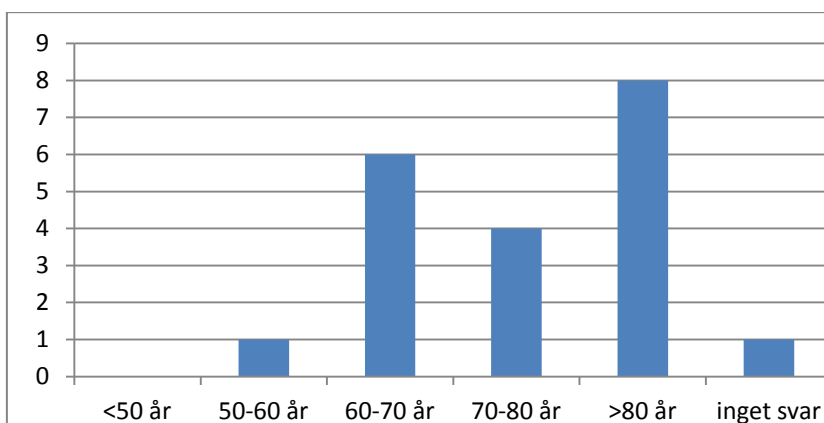
Resultatet av det kvantitativa materialet redovisas i såväl text- som tabellformat. Svaren anges både i antal och i procent. Det kvalitativa resultatet presenteras i form av kategorier. Inom kategorierna finns citat.

Informanternas antal var 20, varav 11 kvinnor (55 %) och 9 män (45 %). Åldersfördelningen var följande: < 50 år 0 (0 %), 50-60 år 1 (5 %), 60-70 år 6 (30 %), 70-80 år 4 (20 %) och > 80 år 8 (40 %). En informant lämnade frågan obesvarad.

Tabell 1. Könsfördelning.

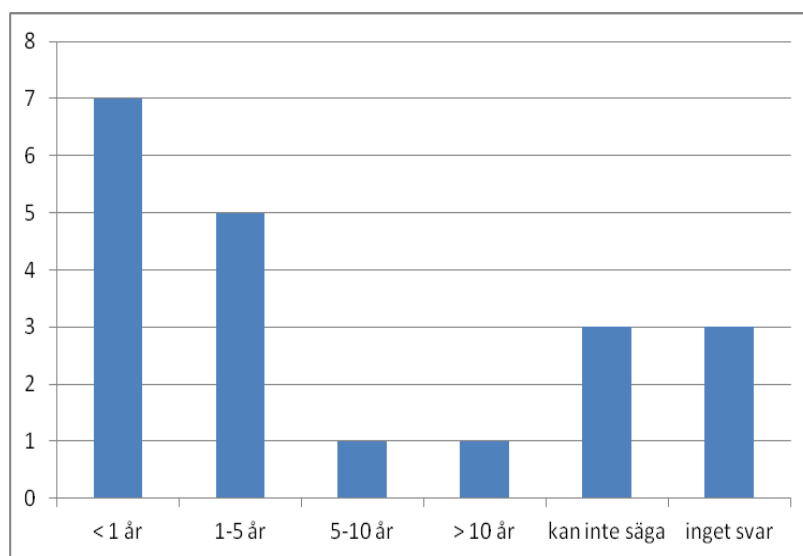


Tabell 2. Åldersfördelning.



Antal år med hjärtsvikt för informanterna var < 1 år 7 (35 %), 1-5 år 5 (25 %), 5-10 år 1 (5 %), > 10 år 1 (5 %). Av informanterna svarade 3 (15 %) *kan inte säga* och 3 (15 %) hade lämnat frågan obesvarad eller gett tvetydigt svar.

Tabell 3. Antal år med hjärtsvikt.



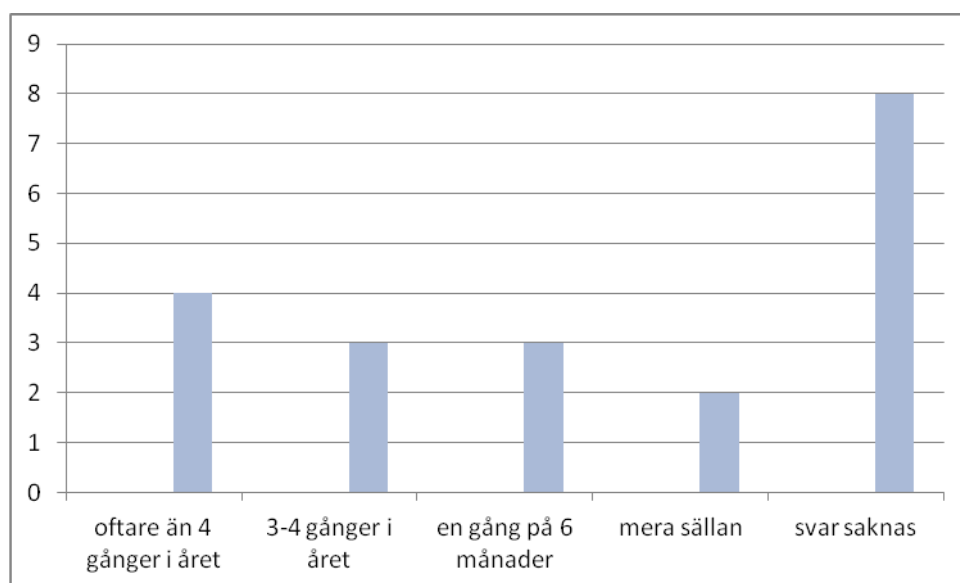
6.1 Bakomliggande orsaker till hjärtsvikt och användningen av sjukvårdstjänster

Totalt 50 % av informanterna uppgav att de känner till den bakomliggande orsaken till hjärtsvikten och 50 % kände inte till orsaken. De som kände till orsaken till sin hjärtsvikt nämnde kranskärslssjukdom, hjärtinfarkt, fördröjd behandling av tromb, förmaksflimmer, blodtryckssjukdom, problem med aortaklaffen, diabetes, ärftliga faktorer, felaktig blodtrycksmedicinering, livsstilsfaktorer, KOL och stroke som bakomliggande orsaker.

På frågan hur ofta hjärtsvikten kräver vård på en sjukhusavdelning eller avdelning på hälsovårdscentralen svarade 4 (20 %) *oftare än 4 gånger i året*, 3 (15 %) *3-4 gånger i året*, 3 (15 %) *en gång på 6 månader* och 2 (10 %) *mera sällan*. Av svaren på denna fråga kunde 12 (60 %) tolkas klart, resterande 8 (40 %) hade lämnat frågan obesvarad

eller gett ett svar som inte kunde tas med i resultatredovisningen eftersom ett felaktigt ordval upptäcktes i svarsalternativet *en gång i månaden eller mera sällan*. Svarsalternativet borde lyda *en gång i året eller mera sällan*. Resultatet på denna fråga sammanfattades med hjälp av fritt formulerade svar som några informanter gett och kategorierna omformulerades därmed till de ovan nämnda.

Tabell 4. Antal avdelningsintagningar.



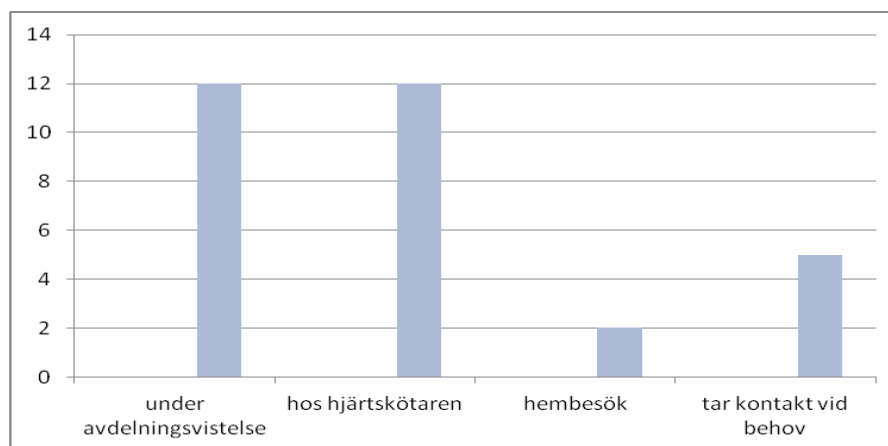
6.2 Kunskap och rådgivning

Av informanterna ansåg 5 (25 %) att de har tillräckligt med kunskap om hur de kan förebygga förvärrade hjärtsviktstillstånd medan 13 (65 %) ansåg att de inte har tillräckligt med kunskap. En informant uppgav att *det bara kommer*. En informant hade lämnat frågan obesvarad.

På frågan i vilket sammanhang informanterna önskar få rådgivning/handledning angående sitt hälsotillstånd valde 4 enbart svarsalternativet *under avdelningsvistelse*. Tre informanter valde alternativet *på poliklinikbesök hos hjärtskötaren*. En informant

svarade på poliklinikbesök hos hjärtskötaren och hembesök. En informant önskade få rådgivning/handledning under avdelningsvistelse, på poliklinikbesök hos hjärtskötaren och hembesök. Fem informanter svarade under avdelningsvistelse och på poliklinikbesök hos hjärtskötaren. En informant önskade få rådgivning/handledning under avdelningsvistelse och tar kontakt vid behov. En informant svarade på poliklinikbesök hos hjärtskötaren och tar kontakt vid behov. En informant valde alternativen under avdelningsvistelse, på poliklinikbesök hos hjärtskötaren och tar kontakt vid behov. En informant önskade ta kontakt vid behov samt få rådgivning/handledning från närmaste hvc. En annan informant tar kontakt vid behov, men uppgav också att hen har kontakt med diabetesskötaren. Samma informant önskade få kontakt med samma läkare och sjukskötare vid behov. En annan informant uppgav att hen kommer till sjukhuset vid behov. Övriga önskemål bland informanterna var att få hålla kontakt och rådgöra med läkare om medicinering och sviktpacemaker.

Tabell 5. Antal önskemål per rådgivningsställe.



6.3 Hjärtsviktsvårdens styrkor och svagheter samt behov av stödåtgärder

Enkäten innehöll två frågor som berörde hjärtsviktsvårdens styrkor och svagheter. Av informanterna svarade 85 % på frågan *Vad tycker du fungerar bra inom hjärtsviktsvården på din hemort?* Svarsfrekvensen var 40 % på frågan *Vad kunde förbättras inom hjärtsviktsvården på din hemort?* Behovet av stödåtgärder tangerades

med frågan *Vad önskar du få stöd och hjälp med gällande din hjärtsvikt?* Av informanterna gav 70 % ett svar på den frågan. Behoven av stödåtgärder visade sig vara konkreta och patientnära handlingar med stor tyngdpunkt på information. Olika former av information kunde ses som ett tema i alla kategorierna. Med hjälp av innehållsanalys har kategorier vuxit fram. Kategorierna är markerade med **fet stil**. Inom de olika kategorierna finns citat presenterade med *kursiv stil*. Två kategorier som beskriver hjärtsviktsvårdens styrkor uppkom. Dessa kategorier är **adekvat vård** och **kontinuitet**. Svagheter som informanterna lyfte fram och vilka samtidigt utgjorde underlag för behovet av stödåtgärder kan summeras i kategorierna **förebyggande information, livsstilsrådgivning, kontinuerlig patientuppföljning, stöd i egenvården** och **praktisk assistans**.

6.3.1 Hjärtsviktsvårdens styrkor

I kategorin **adekvat vård** framkom faktorer som bra vård, kunniga läkare, kunnig personal, förnöjsamhet, välfungerande Simdaxbehandling, hälsovården, att få hjälp när det behövs och bra bemötande.

”Blir bra bemött och skött på sjukhuset.”

Till **kontinuiteten** hörde långa vårdförhållanden och möjligheten att träffa samma vårdpersonal återkommande.

”Kontakten till egen läkare (samma i 20 år).”

6.3.2 Behov av stödåtgärder

I kategorin **förebyggande information** fanns önskemål om information i ett tidigt skede. Informanterna upplevde att informationen kom med fördröjning. Ett område som var mycket dominerande i informanternas berättelser var okunskapen om sjukdomstillståndet, vilka behandlingsmöjligheter som finns och var informationen kan

sökas. Det handlade oftast om informanter som nyligen insjuknat och som saknade erfarenhet.

”Bättre information då man får diagnosen hjärtsvikt.”

”Jag vet inte vad som finns och vad som erbjuds har först idag träffat en vårdare som kunde berätta något till mej om hjärtsvikt.”

Till **livsstilsrådgivningen** hörde önskemål om information gällande utomhusaktiviteter, resor, kost och motion. Även ledd konditionsträning önskades.

”Motion under ledning, för hjärtsjuka.”

”Toivoisin enemmän henkilökohtaista valvennusta- ulkoilu, matkustus, ruokailu.”

”Motionsgrupp för hjärtsjuka.”

”Grupprehab. Ledd gruppjumppa.”

”Motion, sjukgymnastik.”

”Mat, t.ex. vid saltfri kost, recept tips.”

Till kategorin **kontinuerlig patientuppföljning** hörde önskemål om telefonkontakt med patienterna, en önskan om att få prata med samma läkare återkommande, att få diskutera medicineringen och få saker och ting förklarade.

”... jag får aldrig förklara varför jag gjort vissa ändringar i ordinationer, känner mig bara olydig och ansvarslös ...”

”Jag tycker att Hjärtsköterskan kunde hålla mer uppsikt över patienten. Om inte annat så skulle hon med jämna mellanrum ringa patienten å fråga hur hon, han mår.”

I kategorin **stöd i egenvården** framkom önskemål om stödande insatser från en hjärtsviktsskötare. Information är nyckelordet i kategorin. Informanterna önskade att sjukvårdspersonalen skulle informera om sjukdomstillståndet, behandlingsmöjligheter och om hur de själva kan vara aktiva i egenvården.

”Handledning, stöd och uppföljning hos hjärtsviktsskötare.”

”Information om olika behandlingssätt.”

”Att sjukvårdare ger sig tid att förklara!”

”Har fått reda på att jag har hjärtflimmer. Ingen har sagt att jag har hjärtsvikt.”

”Information om vad jag själv kan göra som underlättar min sjukdom.”

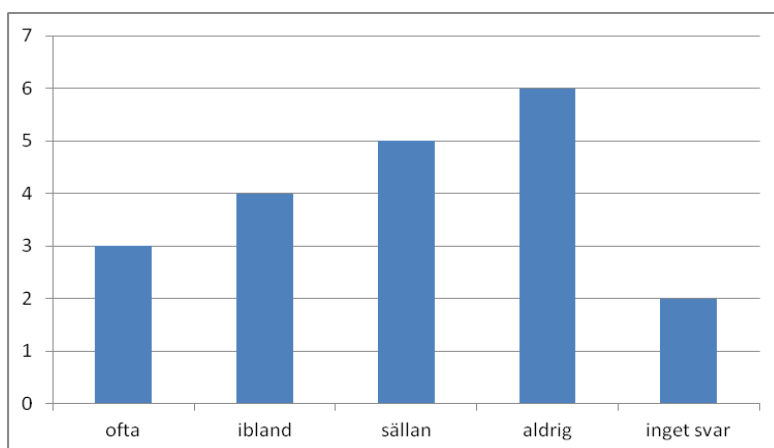
Kategorin **praktisk assistans** handlade om att få hjälp med transporten mellan hemmet och vårdinstansen.

”Transport mellan hem och sjukhus.”

6.4 Upplevelse av depression

Svarsfrekvensen var 90 % på frågan *Upplever du dig deprimerad?* Informanterna kunde välja mellan fyra svarsalternativ: ofta, ibland, sällan eller aldrig. Av informanterna upplevde sig 3 (15 %) ofta vara deprimerade. Fyra (20 %) svarade ibland, 5 (25 %) svarade sällan och 6 (30 %) svarade aldrig. Två (10 %) gav inget svar på frågan.

Tabell 6. Upplevelse av depression.

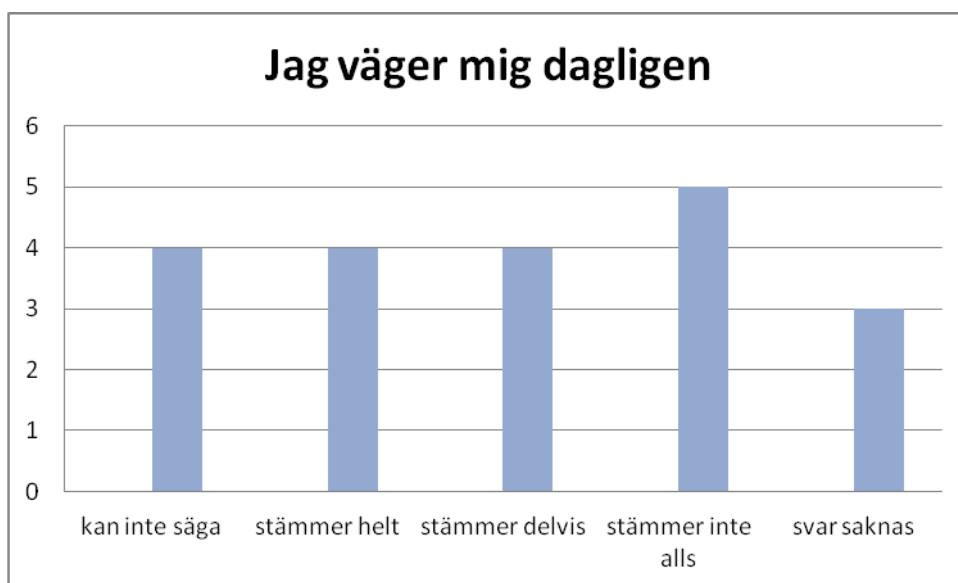


6.5 Följsamhet till egenvårdsaktiviteter enligt europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt

I kapitlet redovisas informanternas följsamhet till nio olika egenvårdsaktiviteter enligt europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt. Till egenvårdsaktiviteter räknas daglig viktkontroll, observation av ökad andfåddhet, observation av ökad bensvullnad, observation av snabb viktökning, vätskebegränsning, observation av ökad trötthet, begränsat saltintag, medicinintag och regelbunden motion. Varje egenvårdsaktivitet skulle utvärderas utgående från kriterierna *kan inte säga*, *stämmer helt*, *stämmer delvis* eller *stämmer inte alls*.

Påståendet *Jag väger mig dagligen* gav en svarsfrekvens på 85 %. Av informanterna svarade 4 (20 %) *kan inte säga*, 4 (20 %) *stämmer helt*. Fyra (20 %) svarade *stämmer delvis* och 5 (25 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7. Följsamhet till dagliga viktkontroller.



Av informanterna tog 90 % ställning till påståendet *Vid ökad andfåddhet kontaktar jag hälso- eller sjukvården*. En (5 %) svarade *kan inte säga*. Fem (25 %) svarade *stämmer helt*, 8 (40 %) *stämmer delvis* och 4 (20 %) svarade *stämmer inte alls*.

Tabell 7.1. Följsamhet till hälso- eller sjukvårdskontakt vid ökad andfåddhet.



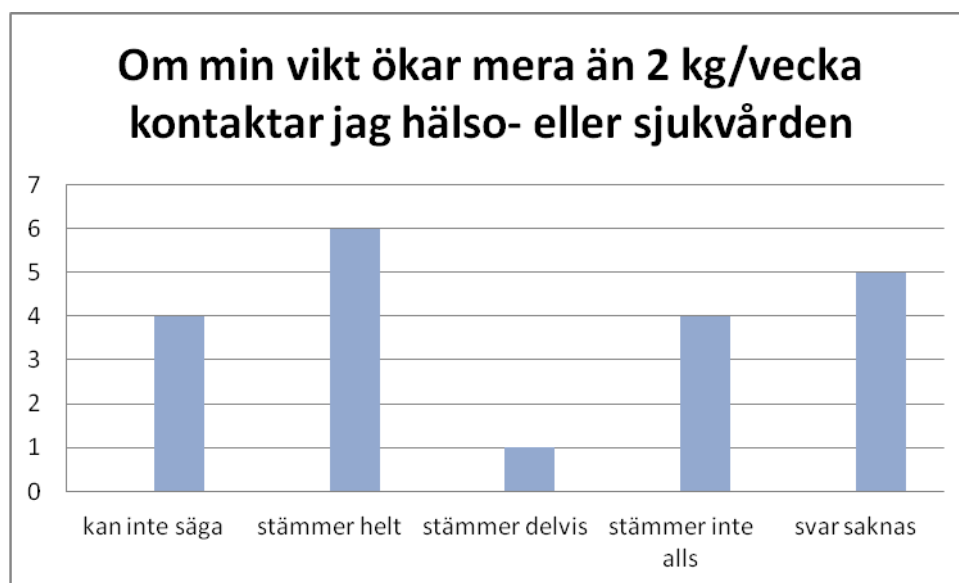
Påståendet *Om mina fötter/ben svullnar mera än normalt kontakter jag hälso- eller sjukvården* gav en svarsfrekvens på 85 %. Två (10 %) svarade *kan inte säga*. Sex informanter (30 %) svarade *stämmer helt*, 5 (25 %) *stämmer delvis* och 4 (20 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7.2. Följsamhet till hälso- eller sjukvårdskontakt vid ökad bensvullnad.



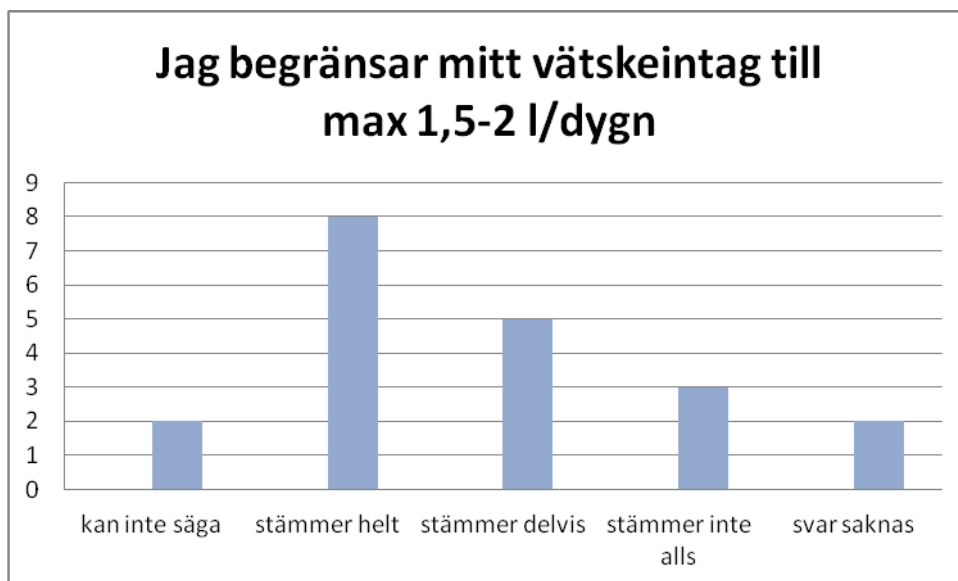
Av informanterna gav 75 % svar på påståendet *Om min vikt ökar mera än 2 kg/vecka kontaktar jag hälso- eller sjukvården*. Fyra (20 %) svarade *kan inte säga*, 6 (30 %) *stämmer helt*, 1 (5 %) *stämmer delvis* och 4 (20 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7.3. Följsamhet till hälso- eller sjukvårdskontakt vid viktökning.



Påståendet *Jag begränsar mitt vätskeintag till max 1,5-2 l/dygn* gav en svarsfrekvens på 90 %. Av informanterna svarade 2 (10 %) *kan inte säga*, 8 (40 %) *stämmer helt*, 5 (25 %) *stämmer delvis* och 3 (15 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7.4. Följsamhet till vätskebegränsning.



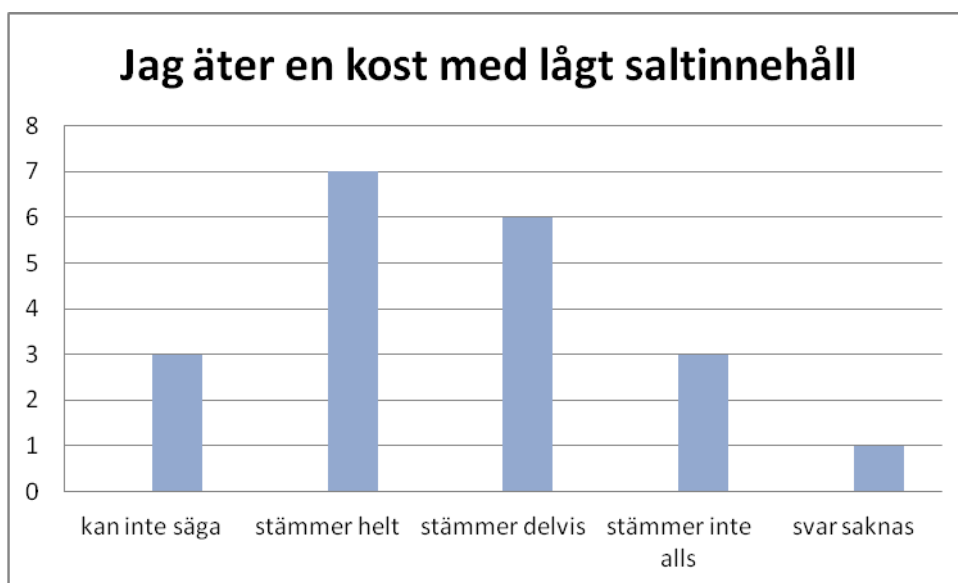
Om jag upplever en ökad trötthet kontakter jag hälso- eller sjukvården var ett påstående som gav en svarsfrekvens på 85 %. Två (10 %) svarade *kan inte säga*, 5 (25 %) *stämmer helt*, 7 (35 %) *stämmer delvis* och 3 (15 %) svarade *stämmer inte alls*.

Tabell 7.5. Följsamhet till hälso- eller sjukvårdskontakt vid ökad trötthet.



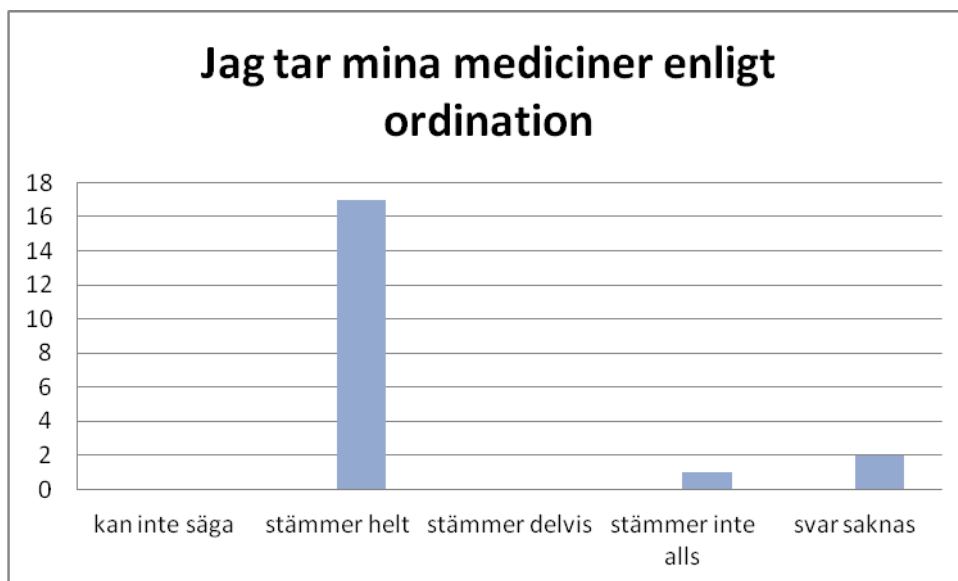
Egenvårdsaktiviteten *Jag äter en kost med lågt saltinnehåll* gav en svarsfrekvens på 95 %. Tre (15 %) svarade *kan inte säga*, 7 (35 %) *stämmer helt*, 6 (30 %) *stämmer delvis* och 3 (15 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7.6. Följsamhet till en kost med lågt saltinnehåll.



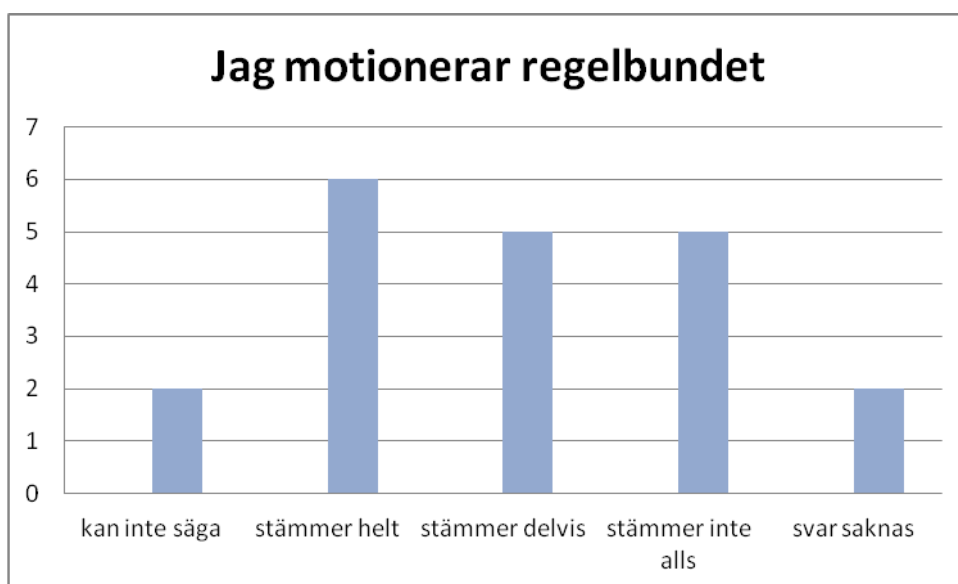
Påståendet *Jag tar mina mediciner enligt ordination* tog 90 % av informanterna ställning till. Ingen valde svarsalternativen *kan inte säga* eller *stämmer delvis*. Sjuttionio (85 %) svarade *stämmer helt* och 1 (5 %) svarade *stämmer inte alls*.

Tabell 7.7. Följsamhet till medicineringen.



Påståendet *Jag motionerar regelbundet* gav en svarsfrekvens på 90 %. Av informanterna svarade 2 (10 %) *kan inte säga*, 6 (30 %) *stämmer helt*, 5 (25 %) *stämmer delvis* och 5 (25 %) *stämmer inte alls*.

Tabell 7.8. Följsamhet till regelbunden motion.



6.6 Undersökning av samband

För att hitta samband mellan olika variabler i enkätaterialet gjordes Spearmans rangkorrelationstest. Eftersom materialet var förhållandevis litet för statistisk analys, får ingen större tyngd sättas på funna samband utan de ger endast en fingervisning om var troliga korrelationer kan tänkas finnas. Sambanden analyseras inte närmare i resultattolkningen.

Kunskap om bakomliggande orsak till hjärtsvikt hade ett signifikant samband med antalet avdelningsintagningar. Upplevelse av depression hade ett samband med att äta en kost med lågt saltinnehåll. Daglig viktkontroll hade ett signifikant samband med att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad bensvullnad. Att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad andfåddhet hade samband med att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad bensvullnad och vid ökad trötthet, att äta en kost med lågt saltinnehåll och att motionera regelbundet. Att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad bensvullnad hade samband med dagliga viktkontroller och att motionera regelbundet. Att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid snabb viktökning hade ett signifikant samband med att följa vätskebegränsning. Att följa vätskebegränsning hade samband med att äta en kost med lågt saltinnehåll. Att ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad trötthet hade samband med att ta kontakt vid ökad andfåddhet och att äta en kost med lågt saltinnehåll samt att motionera regelbundet. Antal år med hjärtsvikt, kunskap om förebyggande åtgärder och att ta mediciner enligt ordination var variabler som inte hade något samband med någon annan variabel.

6.7 Verksamhetsmodell för avancerad klinisk sjukskötares hjärtsviktsmottagning inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk

Verksamhetsmodellen utformades på basen av kunskap från den teoretiska bakgrunden och tidigare forskning. Verksamhetsmodellen är inspirerad av Vasa centralsjukhus arbetsbeskrivning för hjärtsviktsskötaren, samt utgår från den övergripande verksamhetsmodellen för avancerade kliniska sjukskötare vid Vasa

centralsjukhus. (Mannevaara, 2010). Vårdrekommendationer vid hjärtsvikt uppgjorda av Hoitotyön tutkimussäätiö (2013) har fungerat som stöd i utformningen av modellen. Resultatet från enkätundersökningen i denna studie har också tagits i betraktande. Verksamhetsmodellen har blivit granskad och godkänd av en kardiolog inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Modellen finns bifogad till examensarbetet som bilaga 3.

7 Resultatdiskussion

Resultatet tolkas utgående från de teoretiska utgångspunkterna, tidigare forskning och den teoretiska bakgrunden. Eftersom studien gav ett förhållandevis klen material och antalet informanter var litet bör vidaretolkning av svaren ske med försiktighet, vilket Eliasson (2010) konstaterar. Respondenten anser ändå att svaren fungerar som ett värdefullt komplement till utformningen av en verksamhetsmodell för en avancerad klinisk sjukskötares hjärtsviktsmottagning, där patientens egenvård skall vara i fokus.

Studiens könsfördelning var jämn med en liten kvinnlig övervikt. De flesta informanterna var över 80 år och uppgav att de var nyinsjuknade eller nydiagnostiserade. De svarade att de har haft hjärtsvikt i mindre än ett år. Samtidigt konstaterade hälften av informanterna att de inte kände till den bakomliggande orsaken till hjärtsvikten. Att uppge en klar tidpunkt för när patienten insjuknat i hjärtsvikt är svårt. Butler (2012) skriver i sin artikel, att bedömningen är svår eftersom diagnosen hjärtsvikt är klinisk och i diagnostiseringen finns många alternativ och oklarheter. Kupari (2015) skriver att varannan hjärtsviktspatient är 80 år eller äldre och att symptomen på hjärtsvikt kan visa sig i form av trötthet, magsmärta, desorientering m.m. och detta bekräftar svårigheten i diagnostiseringen. Av informanternas svar framkom fördröjd eller felaktig behandling som bakomliggande orsaker till hjärtsvikt, förutom bl.a. kranskärlssjukdom och diabetes, vilka också Butler (2012) nämner som kända riskfaktorer.

Eftersom de flesta informanterna uppgav sig som nyinsjuknade eller nydiagnostiserade gav inte frågan gällande frekvensen på avdelningsintagningar så mycket information. Utifrån svaren kan ändå konstateras att en femtedel av informanterna intas oftare än fyra gånger i året till en avdelning på grund av förvärrade hjärtsviktstillstånd. Ukkonen (2015) uppger att ett av målen med behandlingen av kronisk hjärtsvikt skall vara att minska på behovet av sjukhusvård. Strategier som visat sig kunna minska på sjukhusvården är enligt Melville (2011) att undervisa patienterna i att vara uppmärksamma på symptom som tyder på förvärrad hjärtsvikt och att effektivisera hemvården. H2O-programmet, som beskrivs i artikeln av Aston (2013), gör sin insats i samband med utskrivningen för att minska på återintagningarna. En fungerande vårdkedja är viktig enligt Ukkonen (2015).

Hela 65 % av informanterna ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap om hur de kan förebygga förvärrade hjärtsviktstillstånd. Vikten av information och handledning framkom också i svaren på de öppna frågorna. Flera av kategorierna som handlade om vad som bör förbättras inom hjärtsviktsvården tangerade information, nämligen förebyggande information, livsstilsrådgivning och kontinuerlig patientuppföljning. Informanterna önskade att hjärtskötare skulle ha telefonkontakt med dem och att de skulle få träffa samma vårdgivare återkommande. Orem (2011) beskriver det undervisande omvårdnadssystemet som handlar om att ge patienten undervisning, stöd och vägledning, samt att skapa en utvecklande miljö för att tillgodose patientens egenvårdskrav. Även Antonovsky (2011) berör betydelsen av att ha någon att vända sig till för att uppleva kraven i tillvaron hanterbara och därmed uppnå en känsla av sammanhang.

Information ville informanterna främst få under avdelningsvistelse eller när de besöker hjärtskötare. Lommi (2015) föredrar telefonuppföljning eftersom det är tids- och kostnadseffektivt. Handledning kan ges samtidigt som symptom och laboratoriesvar utvärderas. Poliklinikbesök är ett mera komplett sätt i uppföljningen av egenvården. Negativa aspekter är tidsbegränsningen, kravet på resurser och eventuellt en ansträngande resa för patienten, enligt Lommi (2015). I denna studie framkom två önskemål på alternativet hembesök som rådgivningsalternativ och det

utgjorde drygt 6 % av alla givna önskemål. Lommi (2015) anser att hembesöken ger en bra inblick i patientens följsamhet till vården, men är kostsamma och resurskrävande.

Att stöda egenvården uppkom som en kategori bland de stödåtgärder som önskades av informanterna. Artikeln av Melville (2011) handlar om ett projekt för att starta en hjärtsviktsklinik. Sjukskötarens uppgift var att lära patienterna att vara uppmärksamma på symptom som kan tyda på förvärrad hjärtsvikt och informera om vilka åtgärder patienterna själva kan vidta. Exempel på åtgärder som patienterna själva kan vidta är justering av diuretika, viktkontroller och kontroll av salt- och vätskeintag. Både patienter och anhöriga får ta del av undervisningen om egenvårdsaktiviteterna, skriver Aston (2013). Resultatet av en lyckad egenvård är enligt Lommi (2015) bättre livskvalitet och mindre behov av sjukhusvård. Resultatet i studien av Shao m.fl. (2013) visar att användningen av ett egenvårdsprogram minskar hjärtsviktsrelaterade symptom och förbättrar hälsostatus.

Konditionsträning under handledning och kostrådgivning utgjorde två områden i kategorin livsstilsrådgivning, vilket informanterna önskade få stöd och hjälp med. Detta är intressant eftersom dessa områden sammanfaller med två egenvårdsaktiviteter i europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt, nämligen *jag äter en kost med lågt saltinnehåll* och *jag motionerar regelbundet*. Behovet av personlig kostrådgivning finns eftersom allmängiltiga rekommendationer för hjärtsviktspatienters saltintag saknas, enligt Lommi (2015). Artikeln av Mears (2006) belyser det faktum att hjärtsviktspatienter sällan ordineras fysisk träning trots att det har visat sig att motion förbättrar symptomen, minskar på sjukhusvård, ökar livskvaliteten och minskar på dödligheten.

Upplevelsen av depression visade sig vara varierande bland informanterna. Drygt hälften uppgav att de är sällan eller aldrig deprimerade. Mer än var tredje informant upplevde sig vara deprimerad ofta eller ibland. Upplevelsen av depression har en viktig betydelse i egenvården, enligt Shao m.fl. (2013). Studien av Navidian m.fl.

(2015) påvisar skillnader mellan depressiva och icke depressiva patienters nytta av egenvårdsutbildning. Depression orsakar nedsatt motivation för behandling och sjukdomsförnekelse, samt fördröjer tillfrisknandet och bidrar till frekventa sjukhusvistelser. Upplevelsen av depression har en stark anknytning till Antonovskys (2011) motivationskomponent, meningsfullhet. Graden av meningsfullhet handlar om i vilken utsträckning kraven och problemen är värda att engagera sig i och investera energi i.

Respondenten ville ta reda på informanternas följsamhet till egenvårdsaktiviteter för att fastställa behovet av handledning i egenvården. Vid granskning av egenvårdsaktiviteter som gett flest svar på svarsalternativen *stämmer helt* eller *stämmer delvis* visade sig informanterna var mest följsamma till att *ta sina mediciner enligt ordination*. Den egenvårdsaktivitet som informanterna var minst följsamma till var att *ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid snabb viktökning*. Ungefär lika låg aktivitet fanns på *dagliga viktkontroller*. Att *ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad andfåddhet*, att *följa vätskebegränsning* och att *äta en kost med lågt saltinnehåll* kom på delad andra plats i aktiviteterna. På tredje plats kom egenvårdsaktiviteten att *ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad trötthet*, därefter *regelbunden motion* och att *ta kontakt till hälso- eller sjukvården vid ökad bensvullnad* med ungefär samma aktivitetsnivå.

Enligt Kettunen (2014) är viktkontroll en viktig aspekt av egenvården. Resultatet i denna studie pekar på ett område där handledning och rådgivning behöver förbättras. Det är glädjande att hög aktivitet fanns på egenvårdsaktiviteten att *ta mediciner enligt ordination*. Lommi (2015) skriver att läkemedelsbehandling kräver noggrannhet från patientens sida och är oftast patientens eget ansvar. Justering av diuretikadosen kan göras i egenvården, parallellt med salt- och vätskebegränsning.

8 Kritisk granskning

Att kritiskt granska ett examensarbete har två syften. Dels skall en utomstående person, en opponent, bedöma och granska det vetenskapliga arbetets kvalitet. Dels skall författaren till arbetet, respondenten, få möjlighet att göra korrigeringar och förbättringar innan arbetet publiceras. Den kritiska granskningen handlar inte om felsökande, men skall genomföras konstruktivt och sakligt. (Henricson, 2012, s. 544). I detta kapitel genomför respondenten en kritisk granskning av examensarbetet.

Kritisk granskning av examensarbeten kan uppdelas i logisk och kommunikativ precision. Den logiska precisionen handlar om hur väl olika delar i forskningsprocessen hänger ihop och inleds med problemets betydelse och relevans. Kommunikativ precision utgår ifrån formaliteter så som titel, abstrakt och referenser, samt hur tydligt forskningsprocessens olika delar har förmedlats till läsaren. (Henricson, 2012, s. 545). Respondenten anser att examensarbetet har en logisk precision, eftersom det är uppbyggt och genomfört så att syftet och problempreciseringarna besvarades. Vägen dit krävde en kombination av kvalitativt och kvantitativt närmelsesätt och resulterade i en verksamhetsmodell. Den kommunikativa precisionen uppfylls också och kapitlen inleds ofta med en förklarande text för att förtydliga forskningsprocessens olika skeden för läsaren.

Granskningen utgår ifrån huruvida syftet är klart och tydligt formulerat. Litteraturgenomgången i den teoretiska bakgrunden granskas för att se om den är tillräcklig för att påvisa att syftet är angeläget att studera och problematisera. Det bör finnas överensstämmelse mellan syftet och litteraturgenomgången och syftet bör vara kopplat till teorier eller begrepp. (Henricson, 2012, s. 546-547).

Syftet med studien var att kartlägga hjärtsviktpatienternas egenvårdsaktiviteter för att kunna erbjuda bästa tänkbara stöd i egenvården och bibehålla en god livskvalitet samt minska på avdelningsintagningar på grund av förvärrade hjärtsviktstillstånd. Syftet var också att ta i bruk en verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning inom

Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Studiens frågeställningar var: Vilka stödåtgärder behövs för att hjärtsviktpatienternas egenvård skall förbättras? Hur bör hjärtsviktsvården inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk organiseras? Respondenten anser att svaren från enkätundersökningen tillsammans med tidigare forskning gett svar på studiens frågeställningar och gav ett bra material för att kunna utveckla en verksamhetsmodell för hjärtsviktsmottagning, vilket var studiens syfte.

I bakgrundskapitlet belyses begreppet hjärtsvikt från olika synvinklar så som etiologi, patofysiologi, riskfaktorer, symptom och diagnostik, vård och uppföljning, samt framtidens hjärtsviktsvård. Detta ger läsaren en bred inblick i examensarbetets kärntema. Egenvård vid hjärtsvikt utgör ett skilt kapitel, eftersom budskapet i de vetenskapliga artiklarna som refereras är att en välfungerande egenvård kan förbättra livskvaliteten och minska på avdelningsvården bland hjärtsviktpatienter. Eftersom examensarbetet skall utmytna i en verksamhetsmodell, finns också vetenskapliga belägg för organisering av en avancerad klinisk sjukskötares hjärtsviktsmottagning redovisad i bakgrunden. Studiens syfte är kopplat till Orem's egenvårdsteori och Antonovskys KASAM-begrepp, vilket respondenten upplever logiskt.

I ett examensarbete skall processens alla delar finnas med. Valet av design, tillvägagångssätt, urvalsförfarande, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod skall argumenteras. Resultatet granskas med hänseende till om det är överensstämmande med syftet. Är presentationen av resultatet lämpligt för kvalitativ respektive kvantitativ metod? (Henricson, 2012, s. 547).

I metodkapitlet beskriver respondenten alla metoder som används i examensarbetet, såväl datainsamlings- som dataanalysmetoder. Metoderna belyses utgående från tre olika källor. Med facit på hand kan studiens tillvägagångssätt, urvalsförfarande och datainsamlingsmetod ifrågasättas. Respondentens intuition sade att det genomförda tillvägagångssättet skulle ge rikligt med information till studien, eftersom avdelningen där undersökningen gjordes har hög beläggning av patienter med

förrädd hjärtsvikt. Ändå inkom endast 20 besvarade enkäter under ett halvt års tid. Antalet enkätsvar kunde ha varit högre om respondenten själv varit närvarande på avdelningen under tiden för enkätutdelningen. Intervju som datainsamlingsmetod kunde ha gett mera information med tanke på att många informanter hade lämnat de öppna frågorna obesvarade. Respondenten upptäckte i dataanalysskedet ett skrivfel i en enkätfråga. Svaren kunde ändå redovisas eftersom flera informanter hade svarat med fri formulering på frågan trots att det fanns svarsalternativ. Om detta är etiskt riktigt kan ifrågasättas.

Med studien önskade respondenten hitta samband mellan informanternas egenvårdsaktiviteter och antalet avdelningsvistelser, upplevelse av depression etc. På grund av det otillräckliga enkätunderlaget kunde resultatet av sambandstesten inte tas i betraktande, vilket gjorde att delar av studiens frågeställningar lämnade obesvarade. Respondenten hade önskat kunna studera samband mellan graden av egenvårdsaktiviteter och antalet avdelningsvistelser. Studiens övergripande syfte och frågeställningar kunde ändå besvaras med hjälp av tidigare forskningsresultat och delar av enkätmaterialen.

Resultatet är inte generaliserbart på hjärtsviktpatienter i allmänhet, eftersom respondenten beaktar att det finns hjärtsviktpatienter som är odiagnostiserade och patienter som inte uppsöker hälso- och sjukvården trots symptom i större eller mindre grad. I urvalet av informanter kommer personalens bedömning att spela en viss roll. Respondenten kan inte vara säker på att varje patient med hjärtsviktsdiagnos blir tilldelad en enkät och patienter med allvarligt nedsatt hälsotillstånd kommer troligtvis att falla bort i urvalet.

De kvantitativa resultaten redovisas tydligt och klart både i löpande text och i form av tabeller, även procenttal anges. De kvalitativa resultaten presenteras i kategorier som förtydligas med hjälp av **fet text**. Citaten framhävs med *kursiv stil*.

Mätinstrumentet i denna studie var en enkät. Mätinstrumentets reliabilitet och validitet bör tas ställning till. Reliabilitet är ett mått på överensstämmelse mellan mätningar som är utförda med samma mätinstrument, d.v.s. att resultatet blir det samma vid varje mätning. Hög grad av överensstämmelse tyder på hög reliabilitet. (Olsson, m.fl. 2011, s. 123). I denna studie har inget test av reliabiliteten utförts. Eftersom innehållet i enkäten är en attitydmätning kunde reliabiliteten enligt Olsson m.fl. (2011, s. 123) ha undersökts med test-retest-metoden genom att upprepa mätningen vid ett senare tillfälle, men eftersom enkäten var fullständigt anonym skulle detta ha varit omöjligt att genomföra. Däremot är Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt både validitets- och reliabilitetstestad. (Jaarsma, Strömberg, Mårtensson och Dracup, 2003).

Validitet innebär mätinstrumentets förmåga att mäta det som skall mätas. Validiteten studeras utgående från Olsson m.fl. (2011, s. 124-125). Frågorna i enkäten med fasta svarsalternativ, t.ex. kön och ålder, kan anses ha logisk validitet eftersom variablerna anges med stor noggrannhet. Det som brister i enkätens validitet är att flera frågor i stor utsträckning gett svaret *kan inte säga*. Innehållsvaliditet innebär att områdets alla delar mäts och stämmer överens. Frågan *vad tycker du fungerar bra inom hjärtsviktsvården på din hemort* kunde ha uppdelats i flera komponenter för att få mera detaljerade svar, likaså frågorna *vad kunde förbättras inom hjärtsviktsvården på din hemort* och *vad önskar du få stöd och hjälp med gällande din hjärtsvikt*. Enligt respondenten innehöll enkäten de frågor som krävdes för att mäta områdets alla delar, men upplägget borde ha varit annorlunda för att eventuellt ha fått in mera data.

Validiteten kan också studeras utgående från kriterium, överensstämmelse, prediktiv, begrepp, sensitivitet och specificitet. (Olsson m.fl., 2011, s. 125). Alla dessa utgångspunkter för validitetsmätning är inte användbara på denna studies mätinstrument, men sensitiviteten och specificiteten kan diskuteras. Med sensitivitet avses enligt Olsson m.fl. (2011, s. 125) mätinstrumentets förmåga att fastställa vilka personer som har det som skall mätas, t.ex. en viss sjukdom. Specificiteten handlar om det omvända, d.v.s. att fastställa vilka som inte har sjukdomen i fråga. Dessa begrepp är liktydiga med begreppet validitet. Urvalet av

hjärtsviktspatienter till studien kunde även ha gått till på så sätt att frivilliga hade fått ta en enkät att besvara, men då misstänker respondenten att många av de nyupptäckta hjärtsviktspatienterna hade fallit bort från undersökningen. En högre grad av validitet kunde uppnås i och med att sjukvårdspersonalen identifierade hjärtsviktspatienterna.

9 Konklusion

Problematiseringen som behandlas i detta examensarbete är betydelsefull och relevant i dagens samhälle där anstaltsvården i allt större omfattning dras in. Därför är det av högsta värde att utveckla ett system där hjärtsviktspatientens egen kompetens kan utnyttjas maximalt och stödjas av en polikliniskt aktiv hjärtsviktsskötare. Hjärtsviktsvården borde i större utsträckning förskjutas från avdelningsvård till poliklinisk vård.

Att resultatet i en undersökning förblir torftigt är i sig ett resultat som berättar något om hur det ligger till inom området. Hjärtsviktspatienterna i studien saknade till stor del vetskap om att de har en hjärtviktsdiagnos. De frågade efter information och de hade inte kunskap om hur förvärrade hjärtsviktstillstånd kan förebyggas. Dessa fakta är relevanta skäl till att utveckla en hjärtsviktsmottagning. En fungerande vårdkedja som inkluderar information om sjukdomstillståndet i ett tidigt skede, uppgifter om hur patienterna själva kan påverka sin livssituation samt kontaktuppgifter dit de kan vända sig när något är oklart saknas för hjärtsviktspatienterna inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk. Hjärtsviktsvård med den nya verksamhetsmodellen som utgångspunkt innebär ett nytt tankesätt för patienterna, eftersom ett större ansvar sätts på dem. Inte mindre medför den utmaningar för personalen, eftersom ingen avancerad klinisk sjukskötare tidigare varit aktiv som hjärtsviktsskötare inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk.

Trots att avancerade kliniska sjukskötare har utbildats i våra trakter i ett tiotal år, upplever författaren till detta examensarbete att hon fortfarande är en banbrytare som måste skapa sin egen verksamhetsmodell och utveckla sin egen nya yrkesroll. Frågor kring den avancerade kliniska sjukskötarens yrkesroll och arbetsuppgifter är vanligt förekommande både bland sjukvårdspersonal, patienter och övriga medborgare. Att frågor väcks är ett tecken på intresse, men samtidigt okunskap. Vem är vi egentligen? Vilken är vår roll inom social- och hälsovården? Är vi miniläkare eller maxisjukskötare? Varför tar inte sjukvårdsledningen till vara på utbildningsinstansernas utbud i en större utsträckning än den vi ser idag? En del av svaren kan ligga i de konstateranden som Flemmich (2016) lyfter fram i sin konferensrapport från den globala International Nurse practitioner/Advanced Practice Nursing Network konferensen i Hong Kong, 2016. Flemmich (2016) skriver att utmaningarna i tolkningen av AKS-rollen kan bero på att vårdvetenskapen är en ung vetenskap och att hälso- och sjukvården organiseras på olika sätt runtom i världen. Att implementera avancerat kliniskt vårdarbete till servicesystemet kräver sin tid.

Trots att många studier gjorts kring den avancerade kliniska sjukskötarens yrkesdefinition och rollbeskrivning lever samhället fortfarande i ovisshet, något författaren till examensarbetet blivit påmind om under utbildningens gång. Fortsatt forskning inom området behövs, men också framåtsträvande AKS, som synliggör yrkesrollen i samhället, är nödvändigt. Likaså behövs framlid en utvärdering av verksamhetsmodellen för hjärtsviktsmottagning för att bekräfta att den har rätt fokus. Denna utvärdering skulle förslagsvis kunna utgå från ”PEPPA” modellen.

Källförteckning

- Antonovsky, A. 2011. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Aston, G. 2013. A Focus on Heart Failure. *Hospitals & Health Networks*, 87(5), s. 40, 49-50.
- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö. V. & Toverud K. C. 1998. *Människokroppen, fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), s. 530-540.
- Butler, J. 2012. Primary Prevention of Heart Failure. *ISRN Cardiology*, Volume 2012, Article ID 982417.
- Danielson, E. 2013. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 1:3). Polen: Studentlitteratur.
- Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. 2005. *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. 2010. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L. (red.). 2011. *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L. & Glasberg, A-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 2011, 19, s. 925-932.

Flemmich, M. 2016. INP/APNN konferens i Hong Kong. *Vård i fokus*, 4/16, s. 13-17.

Henricson, M. (red.). 2012. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Estland: Studentlitteratur.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. *Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä*. [Online]
http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_%20vajaatoimintapotilaan_omahoito.%20Tiivistelm%C3%A4.pdf [hämtat: 6.11.2016].

Holme, I. M. & Solvang, B. K. 1997. *Forskningsmetodik Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J. & Dracup, K. 2003. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 2003, 5(3), s. 363-370.

Jonson, B. & Wollmer, P. 2005. *Klinisk fysiologi*. Stockholm: Liber.

Kettunen, R. 2014. *Sydämen vajaatoiminta*. [Online]

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

[hämtat: 25.9.2015].

Kiilavuori, K. 2015. Liikunta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. *Suomen lääkärilehti*, 36/2015 vsk 70, s. 2242-2245.

Kupari, M. 2015. Sydämen vajaatoiminnan mekanismit ja vanhusten vajaatoiminnan erityispiirteet. *Suomen lääkärilehti*, 36/2015 vsk 70, s. 2232-2237.

Lommi, J. 2015. Sydämen vajaatoiminnan omahoito. *Suomen lääkärilehti*, 36/2015 vsk 70, s. 2246-2253.

Mannevaara, B. 2010. *Övergripande verksamhetsmodell för kliniska specialistsjukskötare vid Vasa centralsjukhus*. Folder.

Mears, S. 2006. The importance of exercise training in patients with chronic heart failure. *Nursing Standard*, 20(31), s. 41-47.

Melville, T. 2011. *Vajaatoimintahoitajat ovat sydämen asialla*. [Online] <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B19EA5B1C-OE60-4063-9BA7-A5B5A6B3615D%7D/29841> [hämtat: 2.10.2015].

Navidian, A., Yaghoubinia, F., Ganjali, A. & Khoshsimae, S. 2015. The Effect of Self-Care Education on the Awareness, Attitude, and Adherence to Self-Care Behaviors in Hospitalized Patients Due to Heart Failure with and without Depression. *Plos One*, 10(6), s. 1-13.

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

Orem, D. E. 2001. *Nursing Concepts of Practice*. (6:e uppl.). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.

Patel, R. & Davidson, B. 2011. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Priebe, G. & Landström, C. 2013. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. Ingår i: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 1:3). Polen: Studentlitteratur.

Shao, J.-H., Chang, A. M., Edwards, H., Shyu, Y.-I.L. & Chen, S.-H. 2013. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), s. 2458-2469.

Shuldham, C., Theaker, C., Jaarsma, T. & Cowie, M.R. 2007. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), s. 87-95.

Tansey, P. 2010. Counting the cost of heart failure to the patient, the nurse and the NHS. *British Journal of Nursing*, 19(22), s. 1396-1401.

Ukkonen, H. 2015. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan hoito nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen lääkärilehti*, 36/2015 vsk 70, s. 2227-2231.

Vellone, E., Riegel, B., D'Agostino, F., Fida, R., Rocco, G., Cocchieri, A. & Alvaro, R. 2013. Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), s. 2481-2492.

Undersökning om hjärtsviktpatienternas egenvård

Hjärtsvikt är ett sjukdomstillstånd som drabbar många i vårt samhälle och utgör en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvistelse. Forskning visar att rådgivning och patientutbildning minskar på sjukhusintagningarna. Syftet med denna undersökning är att kartlägga hjärtsviktpatienternas egenvårdsaktiviteter och därmed få information för att kunna erbjuda bästa tänkbara stöd till att förbättra egenvården och bibehålla en god livskvalitet.

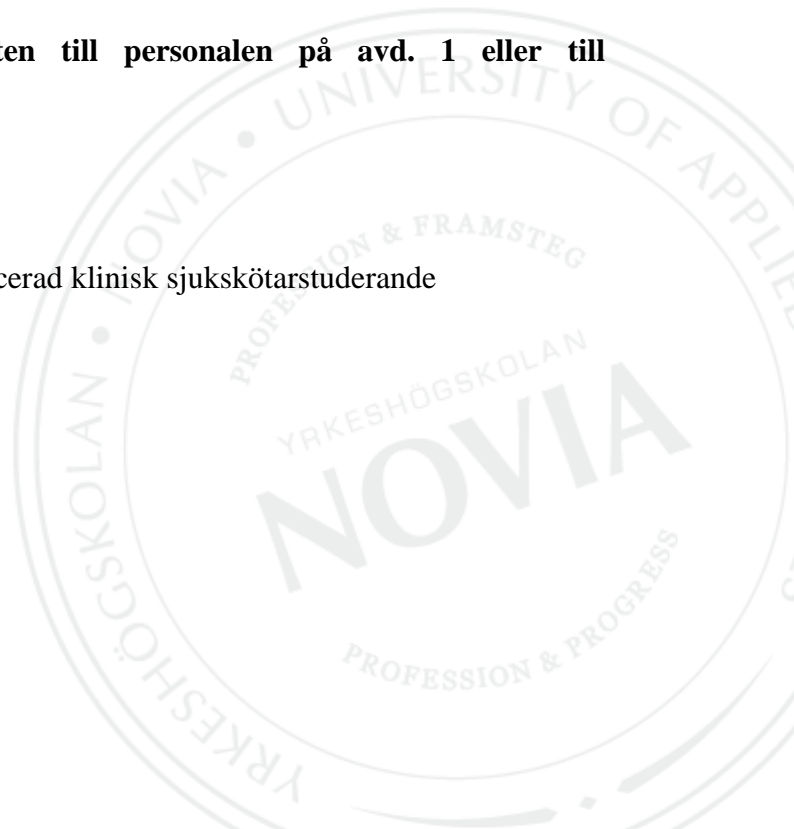
Jag studerar Avancerad klinisk vård på Yrkehögskolan Novia (högre YH). Denna enkät är en del av studien i mitt examensarbete och riktas till dig som har en hjärtsviktsdiagnos. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt, men skulle bidra med värdefull information. Dina svar kommer att behandlas anonymt.

Vänligen returnera den ifyllda enkäten till personalen på avd. 1 eller till hjärtskötaren snarast möjligt.

Tack för att du tar dig tid!

Marina Vuojärvi-Nilsson, sjukskötare, avancerad klinisk sjukskötarstuderande

Ifall något är oklart, ta kontakt tel. xxx



Enkät angående hjärtsviktspatienternas egenvård

Kryssa för lämpligaste alternativ!

1. Kön Man ____ Kvinna ____

2. Ålder < 50 år ____ 50-60 år ____ 60-70 år ____ 70-80 år ____ > 80 år ____

3. Antal år med hjärtsvikt < 1 år ____ 1-5 år ____ 5-10 år ____ > 10 år ____ kan inte säga ____

4. Känner du till den bakomliggande orsaken till din hjärtsvikt? Ja ____ Nej ____
I så fall vad är orsaken?

5. Ungefär hur ofta kräver din hjärtsvikt vård på en sjukhusavdelning eller avdelning på hälsovårdscentralen? En gång i månaden eller mera sällan ____
En gång på 6 månader ____ 3-4 gånger i året ____ Oftare än 4 gånger i året ____

6. Anser du dig ha tillräckligt med kunskap om hur du kan förebygga förvärrade hjärtsviktstillstånd ? Ja ____ Nej ____

7. I vilket sammanhang önskar du få rådgivning/handledning angående ditt hälsotillstånd?

Under avdelningsvistelse ___ På poliklinikbesök hos hjärtskötaren ___

Hembesök ___

Jag tar kontakt vid behov ___ På annat sätt ___ I så fall hur ?

8. Vad tycker du fungerar bra inom hjärtsviktsvården på din hemort?

9. Vad kunde förbättras inom hjärtsviktsvården på din hemort?

10. Vad önskar du få stöd och hjälp med gällande din hjärtsvikt?

11. Upplever du dig deprimerad? Ofta ___ Ibland ___ Sällan ___ Aldrig ___

12. Följande påståenden berör egenvårdsaktiviteter vid hjärtsvikt. Ringa in lämpligaste alternativ! **0= kan inte säga 1= stämmer helt 2= stämmer delvis 3= stämmer inte alls**

1. Jag väger mig dagligen	0	1	2	3
2. Vid ökad andfåddhet kontaktar jag hälso- eller sjukvården	0	1	2	3
3. Om mina fötter/ben svullnar mera än normalt kontaktar jag hälso- eller sjukvården	0	1	2	3
4. Om min vikt ökar mera än 2 kg/vecka kontaktar jag hälso- eller sjukvården	0	1	2	3
5. Jag begränsar mitt vätskeintag till max 1,5-2 l/dygn	0	1	2	3
6. Om jag upplever en ökad trötthet kontaktar jag hälso- eller sjukvården	0	1	2	3
7. Jag äter en kost med lågt saltinnehåll	0	1	2	3
8. Jag tar mina mediciner enligt ordination	0	1	2	3
9. Jag motionerar regelbundet	0	1	2	3

(Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt)

Tack för dina svar!



Tutkimus sydämen vajaatoimintapotilaan itsehoidosta

Sydämen vajaatoiminta on sairaustila joka voi johtua useasta eri sydänsairaudesta. Vajaatoiminnan yleisyys kasvaa jyrkästi ja on yksi yleisimmistä syistä sairaalahoitoon. Tutkimukset osoittavat että potilaskoulutuksella sairaalajaksoja pystyy vähentämään. Tämän tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa sydämen vajaatoimintapotilaiden itsehoitotoiminnat voidakseen tarjota mahdollisimman hyvää tukea potilaille itsehoidossaan ja siten ylläpitää elämänlaatua.

Olen ylemmän ammattikorkeakoulun kliinisen asiantuntijan opiskelija. Tämä potilaskysely on osa minun opinnäytetyötäni. Potilaskysely on suunnattu sinulle jolla on sydämen vajaatoimintadiagnoosi. Osallistuminen on tietysti vapaaehtoista mutta vastaamalla antaisit arvokasta tietoa tutkimukseen. Vastauksiasi käsitellään anonymisti.

Ystävällisesti palauta potilaskysely osasto yhden henkilökunnalle tai sydänhoitajalle mahdollisimman pian.

Kiitos osallistumisestasi!

Marina Vuojärvi-Nilsson, sairaanhoitaja, kliinisen asiantuntijan opiskelija

Tarvittaessa ota yhteyttä puh. xxx



Potilaskysely sydämen vajaatoiminnan itsehoidosta

Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto!

1 Sukupuoli Mies ____ Nainen ____

2 Ikä alle 50 vuotta ____ 50-60 vuotta ____ 60-70 vuotta ____

70-80 vuotta ____ yli 80 vuotta ____

3 Kuinka monta vuotta olet sairastanut sydämen vajaatoimintaa?

alle 1 vuotta ____ 1-5 vuotta ____ 5-10 vuotta ____ yli 10 vuotta ____ en osaa sanoa ____

4 Tiedätkö taustalla olevan syyn sairautesi? Kyllä ____ Ei ____

Mikäli vastauksesi on kyllä, mikä on syy?

5 Kuinka usein sydämen vajaatoimintasi vaatii sairaalahoitoa tai hoitoa
terveyskeskuksen vuodeosastolla?

Kerran kuukaudessa tai harvemmin ____

Kerran puolessa vuodessa ____

3-4 kertaa vuodessa ____

Useammin kuin 4 kertaa vuodessa ____

6 Koetko että sinulla on tarpeeksi tietoa miten voit ehkäistä sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita? Kyllä ___ Ei ___

7 Missä yhteydessä toivoisit neuvontaa terveydentilaastasi liittyvistä asioista?

Osastojakson yhteydessä ___ Sydänhoitajakäynnin yhteydessä ___

Kotikäynnillä ___

Otan tarvittaessa yhteyttä ___ Toisella tavalla ___ Miten?

8 Minkä koet toimivan hyvin sydämen vajaatoimintahoidossa kotikunnassasi?

9 Mitä on parannettavaa sydämen vajaatoimintahoidossa kotikunnassasi?

10 Missä sairautesi liittyissä asioissa toivot saavasi apua ja tukea?


11 Koetko olevasi masentunut? Usein ___ Joskus ___ Harvoin ___ Ei koskaan ___

12 Seuraavat väitteet liittyvät sydämen vajaatoimintapotilaan itsehoitotoimiin.
Valitse sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto **0= en osaa sanoa 1= täysin samaa mieltä 2= osittain samaa mieltä 3= täysin eri mieltä**

1. Punnitsen itseäni päivittäin	0	1	2	3
2. Otan yhteyttä sairaanhoitoon jos hengästyminen kiihtyy	0	1	2	3
3. Otan yhteyttä sairaanhoitoon jos jalkani turpoavat tavallista enemmän	0	1	2	3
4. Otan yhteyttä sairaanhoitoon jos painoni nousee enemmän kuin 2 kg viikossa	0	1	2	3
5. Noudatan nesterajoituksen 1,5-2 litraa vuorokaudessa	0	1	2	3
6. Otan yhteyttä sairaanhoitoon jos väsymys kiihtyy	0	1	2	3
7. Ruokavalioni sisältää vähän suolaa	0	1	2	3
8. Otan lääkkeeni määräyksen mukaan	0	1	2	3
9. Liikun säännöllisesti	0	1	2	3

(Eurooppalainen käyttäytymisasteikko sydämen vajaatoiminnan itsehoidossa)

Kiitos vastauksistasi!

 <p>JAKOBSTAD Social- och hälsovårdsverket Sosaali- ja terveysterveisto PIETARSAARI</p>	Dokumenttyp VERKSAMHETSMODELL		Antal sidor 6
Namn HJÄRTSVIKT	Uppgjord av: Marina Vuojärvi-Nilsson Enhetens namn: Med. pkl. Datum: 6.11.2016	Godkänd av: Kenth Vikström Datum: 9.1.2017	Reviderad av: Enhetens namn Datum:

Vård/förfaringssätt

Hjärtsviktsskötaren träffar hjärtsviktspatienter

- På avdelningarna: handledning och information till patienter och anhöriga. Ger information om egenvården och ger tid för uppföljningsbesök. Följer upp patienter i ett tidigt skede efter utskrivning från avdelningen.
- Telefonuppföljning: ibland kan vården justeras och följas upp per telefon, v.b. kan läkare konsulteras och patienten inkallas för vård i god tid. Kontinuerlig telefonkontakt med instabila patienter och patienter med återkommande vårdbehov inom specialsjukvården.
- Hembesök: om patientens hälsotillstånd kräver.
- På poliklinikmottagningen.

Anamnes

Fokuserar på frågeställningar som kan ha samband med hjärtsvikt.

- Patientdata (ålder, kön, längd, vikt, BMI, midjemått, arbetssituation).
- Sjukdomshistoria (tidigare sjukdomar och ingrepp, sjukdomar i släkten, medicinering).
- Livsstil (tobak, alkohol, droger, kost och näringsstatus, fysisk aktivitetsnivå, sömn, livssituation).
- Genomgång av symptom relaterade till hjärtsvikt (andnöd, trötthet, ortopne, hosta, koncentrationssvårigheter, depression, nokturi, hjärtklappning, yrsel eller syncope, svullnader, ansträngningsintolerans).

Klinisk undersökning

- RR x 3 (sittande och stående, anteckna medelvärde). RR målvärde: systole > 100 mmHg)
- Puls (målvärde > 50/min.)
- Vikt
- Cyanos (kontrollera SpO2)
- Ödem (pittingödem, perifera svullnader)
- Undersökning av halsvener (förekomst av halsvenstas)
- Auskultation av hjärta och lungor
- Palpation och perkussion av buken (leverns storlek, ascitesvätska)

Ordination av undersökningar

- Blodprov (tolkning och uppföljning). K, Na, Krea, PVK (Hb målvärde > 130), CRP, fP-gluc, lipider, BNP, leverstatus, urea, TSH, T4V. Kontroll av Fe, Ferritin, TfR, TrFeSat. V.b. intravenös tillförsel av järn enligt läkarordination.
- Remiss för röntgen av THX efter läkarkonsultation.
- EKG v.b. (visas till läkare).
- Remiss till fysioterapeut.

Optimering av farmakologisk behandling

Måldos ordineras av läkare. Vid titrering max tillåtna K-värde 5,2 och Krea 50 % förhöjning från utgångsvärdet eller enligt läkarordination. Genomgång av läkemedlens administrationssätt, verkan och eventuella biverkningar.

- ACE-hämmare

Cardace®, Ramipril® (ramipril) 2,5 mg

½x2 i 2 veckor

1x2 i 2 veckor

2x2 i 2 veckor

därefter 5 mg 1x2 eller 10 mg 1x1

Renitec®, Enalapril® (enalapril) 5 mg

½x2 i 2 veckor

1x2 i 2 veckor

2x2 i 2 veckor

därefter 20 mg 1x1

- Angiotensinreceptorblockerare

Atacand®, Candesartan®, Candestad® (kandesartan) 16 mg

½x1 i 2 veckor

1x1 i 2 veckor

därefter 16 mg 1x2 eller 32 mg 1x1

Valsartan®, Diovan® (valsartan) 160 mg

½x2 i 2 veckor

därefter 160 mg 1x2

- Betablockerare

Bisoprolol®, Bisoproact®, Emconcor®, Orloc®

(bisoprolol)2,5 mg

½x2 i 2 veckor

1x2 i 2 veckor

2x2 i 2 veckor

därefter 5 mg 1x2 eller 10 mg 1x1

Cardiol®, Carvedilol® (karvedilol) 6,25 mg

½x2 i 2 veckor

1x2 i 2 veckor

2x2 i 2 veckor

därefter 25 mg 1x2

- Angiotensinreceptorhämmare och neprilysinhämmare

Entresto® (sakubitril, valsartan) 24/26 mg, 49/51 mg, 97/103 mg

49/51 mg 1x2 i 2 veckor

därefter 97/103 mg 1x2 OBS! Uppföljs och titreras av läkare.

- Aldosteronhämmare

Spirix®, Spironolactone® (spirinolakton) 25 mg, 50 mg, 100 mg

Justeras (om krea kraftigt stegrat samt hyperkalemi ad 5,0. Läkare bör konsulteras).

- Loop-diuretika

Furesis®, Vesix®, Lasix® (furosemid) 40 mg, 500 mg

Justeras

- Kaliumsubstitution

Kaleorid® (kaliumklorid) 750 mg, 1 g

Justeras

Genomgång av egenvårdsaktiviteter

- Daglig viktkontroll.
- Observation av symptom som kan vara tecken på förvärrad hjärtsvikt (ökad andnöd, ökad bensvullnad, snabb viktökning, ökad trötthet, bröstsmärtor, känsla av rytmstörning eller snabb puls, torr rethosta, sömnsvårigheter- särskilt i horisontalt läge, svindel).
- Saltintag (livsmedel med lågt saltinnehåll = < 1 %, undvik att salta maten extra).
- Vätskebegränsning (max 1,5-2 l/dygn).
- Medicinering (tar enligt ordination, kan justera diuretikadosen själv).
- Motion (individuellt anpassad).
- Vaccination mot säsonginfluensa och v.b. pneumokockvaccin.

Hjärtsviktsskötaren fungerar som kontaktperson för hjärtsviktspatienter, deras anhöriga, övrig vårdpersonal, hemsjukvården, hemsjukhuset och instanser där hjärtsviktspatienter finns. Till hjärtsviktsskötarens uppgifter hör också att skola och handleda personal och studerande. Hjärtsviktsskötaren ansvarar, tillsammans med arbetsgivaren, för sin egen kompetensutveckling och medverkar till utveckling inom området.

Hänvisning/Tilläggsuppgifter:



STADEN JAKOBSTAD
Social- och hälsovårdsnämnden
terveyslautakunta

PIETARSAAREN KAUPUNKI
Sosiaali- ja
1(1) Tjänstemannabeslut

Sida/Sivu
Viranhaltaja

PIETARSAARI

Datum 15.2.2016

Päivämäärä 15.2.2016
Pykälä 18/2016

Paragraf 18/2016

Sakägare/
Asianosainen

Marina Vuojärvi-Nilsson

**Ärende/
Asia**

Anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov

Anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov, hjärtsvikts-
patientens egenvård.

Beslut/
Påttös

Beviljas.

Enkät till patienter enligt punkt 5 i planen, via personalen.
Rapporten och resultaten delges avdelning 1 och inremedi-
cinska polikliniken. Utvecklar verksamheten.

**Underskrift/
Allekirjoitus**

Lis-Marie Vikman

chef för vårdarbetet/hoitotyön päällikkö

