



UNIVERSITETET I
NORDLAND

EKSAMEN

Emnekode: SYK180H

Emnenavn: Bacheloroppgave i sykepleie

Dato: 11/04-14

Kandidatnummer: 20, 2

Totalt antall sider: 41

Sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt



Forord

Dette er en bacheloroppgave gitt av Universitet i Nordland. Etter en lang prosess gjennom forarbeid, lesing og skriving er det på tide å takke de som har vært med på å gjøre oppgaven mulig. Vi ønsker å rette en takk til medstudenter og ansatte på universitetet, spesielt vår hovedveileder Sissel Holla. Oppgaven består av 9130 ord.

Sammendrag:

Bakgrunn: Hjertesvikt er en av de vanligste hjertelidelsene i Norge, og forekomsten øker stadig. Som sykepleiere er det viktig å ha kunnskap om hvordan sykdom kan virke inn på mennesket, og hvilken betydning sykdommen kan få for livskvaliteten.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan mestre sykdommen på best mulig måte, og dermed få økt livskvalitet.

Metode: Litteraturstudie bestående av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, der vi blant annet har brukt fem ulike forskningsartikler.

Resultat: Sykepleietiltakene veiledning, undervisning og oppfølging viste seg å være viktige tiltak som var med på å bidra til at pasientene mestret sykdommen, og fikk økt livskvalitet.

Sykepleier-pasient-relasjon viste seg også å spille en viktig rolle for disse pasientene.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Oppgavens hensikt	2
1.4 Avgrensning og presisering av tema og problemstilling.....	2
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 METODE	4
2.1 Om metode og metodiske retninger	4
2.2 Valg av metode.....	4
2.3 Litteratursøk og søkeord.....	5
2.4 Presentasjon av litteratur og kildekritikk	6
3.0 TEORIDEL	8
3.1 Kronisk hjertesvikt	8
3.2 Årsaker til hjertesvikt	8
3.3 Behandling av kronisk hjertesvikt.....	9
3.3.1 <i>Medikamentell behandling</i>	9
3.3.2 <i>Kirurgisk behandling</i>	9
3.4 Konsekvenser av hjertesvikt.....	9
3.5 Begrepsavklaring.....	11
3.5.1 <i>Livskvalitet</i>	11
3.5.2 <i>Å mestre sykdom</i>	12
3.5.3 <i>Undervisning og veiledning</i>	13
3.6 Joyce Travelbee´s sykepleieperspektiv	14
3.7 Tidligere forskning.....	15
4.0 DRØFTING.....	17
4.1 Hjemmebesøk.....	17
4.2 Veiledning og undervisning	19
4.3 Oppfølging	22
4.4 Sykepleier-pasient-relasjon	24
5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	27
5.1 Konsekvenser for praksis	27
5.2 Diskusjon.....	28
6.0 LITTERATURLISTE	29
Pensumlitteratur:	29
Selvvalgt litteratur:	30
7.0 VEDLEGG:.....	33
Vedlegg nr. 1	33
Vedlegg nr. 2.....	35

1.0 INNLEDNING

Hjertesvikt er en av de vanligste hjertelidelsene i Norge. Det er vanskelig å tallfeste hvor mange som lider av hjertesvikt da det fins mange grader av denne sykdommen. Studier viser at antallet er 80,000-100,000 eller vel 2% av befolkningen i Norge som lider av hjertesvikt, og at forekomsten øker (Rustøen, 2007).

1.1 Presentasjon av tema

Vi ønsker i vår bacheloroppgave å undersøke temaet sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt. Vi vil da skrive om hvordan sykepleiere er med på å bidra til mestring av kronisk sykdom. I medisinsk praksis har vi opplevd at pasienter med hjertesvikt blir fulgt godt opp både ved kliniske observasjoner og behandling når de er innlagt på sykehus. Vi erfarer derimot at når pasientene skal reise hjem fra sykehuset, har de behov for mer kunnskap om sykdommen til å leve det livet de ønsker. De fleste føler at de har nedsatt livskvalitet på grunn av sykdommen. Forskning viser også at pasienter med hjertesvikt har mer nedsatt livskvalitet enn befolkningen generelt (Rustøen, 2007). Det er også mange reinnleggelser på disse pasientene (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010). Dette fikk vi også inntrykk av i praksis i kommunehelsetjenesten. Vi ser dermed at pasienter med kronisk sykdom trenger mer hjelp til å mestre sykdommen for å oppnå best mulig livskvalitet. Vi har i denne litteraturstudien derfor valgt å fokusere på hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Da vi skulle begynne å skrive bacheloroppgave ønsket vi å finne et tema som vi synes var interessant og relevant, og deretter komme fram til en problemstilling. Valg av tema falt på sykepleie ved kronisk hjertesvikt. Deretter snakket vi om flere ulike problemer innenfor det valgte tema. Det var viktig for oss at problemstillingen skulle være aktuell og fange oppmerksomhet. Problemstillingen vår er som følgende:

Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt mestrer sykdommen, og får økt livskvalitet?

Vi har valgt denne problemformuleringen fordi vi begge har møtt disse utfordringene i praksis, og har lyst til å lære mer om akkurat dette. Økt kunnskap vil være til stor hjelp for oss da dette er en stor pasientgruppe man møter mange steder som sykepleiere. En av de vanligste sykdommene hos eldre er hjertesvikt, og det er også en utbredt sykdom hos pasienter i hjemmesykepleien (Brodtkorb, 2008).

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut så mye som mulig om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienter med kronisk hjertesvikt til å mestre hverdagen på best mulig måte til tross for sykdommen. På denne måten kan kanskje sykepleiere bidra til at denne pasientgruppen vil få bedre livskvalitet i framtiden. Dette kan vi bidra med ved og på sikt undervise og sette lys på disse problemene til våre framtidige kolleger.

1.4 Avgrensning og presisering av tema og problemstilling

Vi har valgt å avgrense oppgaven til sykepleie i kommunehelsetjenesten, og hvordan sykepleiere her kan bidra til at pasienter med hjertesvikt mestrer sykdommen slik at de opplever høyest mulig livskvalitet. Oppgaven omfatter hvilken medikamentell og kirurgisk behandling som er mest vanlig for pasienter med hjertesvikt, men vi kommer ikke til å legge fokus på dette selv om de fleste pasientene får en slik form for behandling. Vi ønsker heller å rette vårt fokus mot andre sykepleietiltak som blir gjort når pasienten kommer hjem. Vi avgrenser videre til aldersgruppen som er mest utsatt for kronisk hjertesvikt, personer over 64 år (Gullestad, 2011). Vi kommer ikke til å skille mellom menn og kvinner da det ikke er av betydning for problemstillingen vår. Vi har valgt å konsentrere oss om de som har hjertesvikt med grad II og III. Pasienter i klassene II og III har symptomer som tungpustenhet (dyspné) ved henholdsvis moderat og lett fysisk aktivitet. Disse funksjonsklassifiseringene er tatt ut fra New York Heart Association (NYHA) (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Vi har valgt disse klassene fordi det er disse vi har møtt mest i praksis, og har lyst til å lære mer om. I klasse I har pasienten en hjertesykdom, men ikke nedsatt funksjon og det er derfor ikke noen spesielle tiltak sykepleiere kan bidra med. I klasse IV er pasienten også tungpustet i hvile (hviledyspné) noe som er et alvorlig symptom (Jacobsen et al, 2009). Vi har derfor lyst å konsentrere oss om klassene før, da det er her vi føler vi kan bidra mest. Videre

har vi valgt å avgrense oppgaven med at vi tar utgangspunkt i kognitivt oppegående pasienter, som kan ta i mot og bearbeide informasjonen de mottar. Hjertesvikt medfører ofte mange andre problemer, og pasientene med hjertesvikt har ofte et komplekst sykdomsbilde. Vi kommer kun til å konsentrere oss om kronisk hjertesvikt, og hvordan vi kan bidra til at pasienten kan mestre de konsekvensene det gir. Oppgaven omfatter ikke pårørendes rolle til pasientene med hjertesvikt grunnet oppgavens omfang og nødvendige begrensninger.

1.5 Oppgavens oppbygging

Vi har bygd opp oppgaven vår etter ”Metode og oppgaveskriving for studenter” skrevet av Olav Dalland (2007).

I kapittel 2 har vi skrevet om metoder, valg av metoder, litteratursøk, søkeord, og kildekritikk. Kapittel 3 består av vår teoridel. Her belyser vi sentrale begreper som kronisk hjertesvikt, livskvalitet, mestring, veiledning og undervisning. Vi vil også her presentere Joyce Travelbee’s (1999) sykepleieteori, og tidligere forskning om temaet vårt. I kapittel 4 drøfter vi problemstillingen opp mot relevant litteratur og våre tanker og meninger. I det siste kapittelet, kapittel 5, kommer vi med en oppsummering og konklusjon. Her vil vi også nevne noe om konsekvenser funnene våre kan få for praksis.

2.0 METODE

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne en oversikt over forskningsbasert litteratur som beskriver hvordan vi som sykepleiere kan være med på å bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan mestre sykdommen på best mulig måte, og dermed få økt livskvalitet.

2.1 Om metode og metodiske retninger

Hermeneutikken søker en bevisstgjøring over prosessen der man fortolker en tekst og skaper mening av denne. Som fortolker må man være bevist i sin egen rolle, og man tar med seg egne erfaringer og kriterier inn i tolkningsprosessen. Man går altså inn i prosessen med en forforståelse som gjør at man skaper egne forventninger og en forståelseshorisont (Aadland, 2011). Den hermeneutiske sirkel beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst, og danner oss en mening av innholdet i den. Som en sirkel forstås og fortolkes delene ut fra helheten, og helheten forstås og fortolkes ut fra delene. Det er et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet. Slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen (ibid.). Dette er i tråd med vår skriveprosess. Når vi skriver bacheloroppgaven samler vi sammen mye litteratur om et spesielt tema, deretter tolker vi litteraturen og skaper mening av denne. På denne måten skaffer vi oss ny kunnskap og kjennskap til temaet, som igjen gir en bedre innsikt av enkelte elementer og faktorer. Som studenter har vi vært borti temaet gjennom praksis, og har dermed gått inn i skriveprosessen med egne forventninger og forforståelse.

Om oppgaven skal være rettet mot bruk av kvalitative eller kvantitative metoder var det første valget vi tok. Ved kvantitative metoder tenkes det på data som blir målbar. Kvalitative metoder får fram data som kan være vanskelig å registrere med tall, slik som meninger og opplevelser (Dalland, 2007).

2.2 Valg av metode

Når vi skal undersøke noe er metoden vi velger et godt redskap til å samle inn den informasjonen vi trenger (ibid.).

Vi har valgt litteraturstudie som metode i vår oppgave. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) er en litteraturstudie det som kommer frem av et tydelig formulert spørsmål og som blir besvart på en systematisk måte ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Denne type studie er en kvalitativ metode, noe som fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i tall (Dalland, 2007). Vi søker i både pensum- og selvvalgt litteratur for å finne data som hjelper oss å finne svar på vår problemstilling. Dette i tråd med hermeneutikken, hvor man finner for eksempel tekster som fortolkes og forsøker å skape mening av disse. Slik kan vi få hjelp til å få en dypere forståelse om temaet vårt, finne svar på, og å drøfte vår problemstilling.

2.3 Litteratursøk og søkeord

Det å finne litteratur er grunnlaget for så å si alle studentoppgaver. Det er her vi kan finne kunnskap som oppgaven tar sitt utgangspunkt i. Kunnskapen man tilegner seg brukes videre til å drøfte problemstillingen (ibid.).

For å samle inn forskningsartikler startet vi med å finne ut hvilke søkeord vi fant mest relevant i forhold til å kunne finne svar på vår problemstilling. Vi valgte å bare bruke engelske søkeord da dette bidro til at vi kunne søke i mange ulike databaser. Ordene vi primært startet å søke med i de ulike databasene var ”heart failure” og ”quality of life”, men da disse gav opptil 6000 treff på noen av databasene måtte vi legge til noen ord for å snevre inn søket. Vi valgte da å legge til ulike ord som blant annet ”home-based”, ”nursing”, ”patients”, ”self-care”, ”hospital readmissions”, ”help” og ”mortality”. Ved hjelp av disse søkeordene, sammen med ”heart failure” og ”quality of life”, fikk vi opp under 100 treff på de fleste databasene.

Databasene vi søkte i for å finne forskningsartikler var PubMed, Scopus, Ovid Nursing og Science direct. I alle databasene fant vi relevante treff ved å bruke søkeordene som nevnt ovenfor. Alle artiklene vi valgte var på engelsk. Vi var også innom Norart for å se om vi kunne finne noen relevante fagartikler som vi kunne få bruk for. Her fant vi ikke noe spesielt av høy relevans.

For å gjøre resultatene mer oversiktlige valgte vi å lage en tabell der vi skrev ned hvilken søkeord som ble benyttet i hvilken database, hvor mange treff vi fikk, hvor mange ”abstracts” av disse vi leste, samt hvor mange av artiklene vi leste i fulltekst, og til slutt om vi valgte å inkludere de i vår litteraturstudie. Denne tabellen ligger i lesematerie som vedlegg nr. 1. Etter at vi hadde lest de ulike ”abstractene” valgte vi ut 14 artikler som vi leste i fulltekst. Av disse valgte vi ut fem artikler som vi syntes kunne være med på å belyse vår problemstilling på en best mulig måte.

2.4 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann bruker man kildekritikk som metode. Det vil si å vurdere å karakterisere kildene som benyttes (Dalland, 2007). Da vi skulle finne litteratur for å bruke i vår oppgave, hadde vi fokus på at innholdet skulle være relevant i forhold til vår problemstilling. Vi la også vekt på at litteraturen skulle være pålitelig og kvalitetssikret. Vi har valgt å bruke lærebøker og fagbøker som utgangspunkt til kilder, men vi har også brukt vitenskapelige - og fagartikler da dette ga mer informasjon om emnet. Vi har i hovedsak lett i pensumbøker da vi visste at vi hadde hatt om emnet i ulike fag tidligere i studiet. Vi benyttet også bibliotekets database (BIBSYS) til å søke etter relevante bøker som kunne befinne seg i universitetets bibliotek. Her fant vi ulike bøker som vi mente kunne bidra til å svare på vår problemstilling.

Vi har støttet oss til litteratur om hjertesvikt, i tillegg til litteratur knyttet til sykepleie ved hjertesvikt, noe innenfor generell sykepleie, og artikler om hjertesvikt, livskvalitet og mestring.

I en litteraturstudie er det viktig at man gjør noen etiske vurderinger før man begynner (ibid.). Av den litteraturen vi har valgt har vi sett på om den er valid ut i fra utgivelsesår, hvor den er publisert og hvem som har publisert den. Videre har vi vurdert om ny kunnskap om temaet kan benyttes i dagens praksis, og om den kan være til nytte for oss, og andre sykepleiere. Siden dette er en litteraturstudie er det viktig at vi både underveis i teksten, og i litteraturlisten, angir kildene våre slik at det kommer fram hvor og hvem det kommer fra. Her følger vi APA – standard som er profesjonsfakultetets retningslinjer for kildehenvisning.

Siden dette er en litteraturstudie skal vi tolke og forstå noe slik som forfatteren har ment det. Her er det viktig at man setter seg godt inn i pensum og selvvalgt litteratur for å kunne tolke dette på riktig måte. Alle våre selvvalgte forskningsartikler var på engelsk. Vi benyttet ordbøker for å sikre at innholdet ble forstått riktig. Det er til tross for dette en mulighet for at noe av innholdet er blitt mistolket eller misforstått.

Noe av litteraturen er egentlig utenfor den anbefalte kvalitetsrammen som er på maks fem år gammel (Dalland, 2007), men vi fant denne litteraturen relevant for vår problemstilling. Vi valgte derfor å bruke den, på tross av at den er eldre enn fem år. Vi mener at forskningen fortsatt er aktuell, da vi har sett at dette fortsatt gjennomføres i praksis. Boken av Joyce Travelbee (1999) ble første gang skrevet i 1966, og har blitt skrevet om til norsk og tolket flere ganger før den utgaven som vi benyttet fra 1999. Det er derfor en viss mulighet for at den kan ha blitt mistolket og endret underveis.

3.0 TEORIDEL

3.1 Kronisk hjertesvikt

Ved hjertesvikt er hjertets pumpeevne svekket noe som medfører at hjertet ikke klarer å yte like mye som ett friskt hjerte er i stand til. Det vil si at minuttvolumet reduseres, først ved belastning og siden også i hvile. Det kan skilles mellom høyresidig og venstresidig hjertesvikt. Ved høyresidig hjertesvikt oppstår det venestuvning da blodet blir stuvet bakover i det store kretsløpet. Dette gir økt blodtrykk i kapillærene som fører til at det siver mer væske fra kapillærene ut i vevet. Dette kan sees ved at det oppstår ødemer i de delene av kroppen som ligger nederst på grunn av tyngdekraften. Mens ved venstresidig hjertesvikt blir blodet stuvet bakover i lungekretsløpet. Dette fører til at trykket i lungekapillærene øker, og det vil sive væske inn i skilleveggen mellom kapillærer og alveoler. Pasienten blir lettere tungpustet ved anstrengelse da barrieren mellom blod og luft blir tykkere. Symptomer på hjertesvikt kan også være dyspné ved anstrengelse, og økt tretthet (Jacobsen et al, 2009).

3.2 Årsaker til hjertesvikt

Den vanligste årsaken til hjertesvikt er koronarsykdom (hjerteinfarkt, angina pectoris). Ved et hjerteinfarkt ødelegges hjertemuskelceller. Jo større hjerteinfarkt, jo flere hjertemuskelceller blir ødelagte. Hvor alvorlig hjertesvikten blir kommer derfor an på hvor stort hjerteinfarkt er. Den nest vanligste årsaken til hjertesvikt er høyt blodtrykk (hypertensjon). Hypertensjon gjør at hjertet må arbeide mot økt motstand, noe som fører til at hjertet blir tykkere og stivere over tid. Ubehandlet fører dette til hjertesvikt. En annen viktig årsak til hjertesvikt er klaffefeil. Ved klaffefeil kommer blodet enten ikke fort nok videre (trang klaff) eller lekker tilbake (lekkasje). Begge deler fører til at hjertet må arbeide hardere, og dette resulterer i hjertesvikt. Kardiomyopati er sykdommer som rammer selve hjertemuskelen. Det mest vanlige er dilatert og hypertrofisk kardiomyopati. Betennelse i hjertemuskelen, ubehandlet rytmeforstyrrelser som atrieflimmer og stoffskiftesykdommer er sjeldnere årsaker til hjertesvikt (Eikeland et al., 2010).

3.3 Behandling av kronisk hjertesvikt

Målet ved behandling av hjertesvikt er å redusere hjertets arbeid, å optimalisere hjertets minuttvolum, og å forebygge akutte forverringer av hjertesvikten og utvikling av lungeødem. Det er også viktig at man gir pasienten tilstrekkelig informasjon og kunnskap om situasjonen slik at man kan styrke ressursene hans eller hennes til å kunne leve bedre med sykdommen og behandlingen (ibid.).

3.3.1 Medikamentell behandling

Ved behandling av kronisk hjertesvikt er de viktigste legemidlene ACE-hemmere, betablokkere, diuretika og digitalis. For at resultatet av behandlingen skal bli optimal, er det viktig med god informasjon om legemiddelbehandlingen. Dette innebærer at pasientene tar medikamentene slik legen har forordnet, samt at de har kunnskap til å kunne vite når behandlingen ikke lenger er tilstrekkelig (ibid.).

3.3.2 Kirurgisk behandling

Ved sykdom i hjertets klaffer må dette utredes og eventuelt behandles kirurgisk. Hvis man har en alvorlig hjertesvikt som ikke responderer på noe behandling kan hjertetransplantasjon være et alternativ. For noen pasienter kan det være god behandling å få satt inn en pacemaker, da den kan bidra til at normal pumpefunksjon gjenopprettes og belastningen på hjertet reduseres (ibid.).

3.4 Konsekvenser av hjertesvikt

Hjertesvikt er en kompleks sykdom som medfører mange ulike konsekvenser for pasientens velvære. Vi kommer til å nevne de konsekvensene som er vanligst, og som vil få størst betydning i det daglige livet til pasientene. Det er også disse konsekvensene vi som sykepleiere kan bidra mest til, slik at pasientene mestrer hverdagen på best mulig måte, og forhåpentligvis oppnår økt livskvalitet. ”Det å leve med hjertesvikt, som både er en kronisk og potensielt livstruende tilstand, påvirker hele mennesket og får konsekvenser for den fysiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten” (ibid., s. 223).

Siden hjertesvikt er en tilstand som ofte utvikler seg over tid, er det pasientens subjektive symptomer som er de første tegnene på sykdommen. Symptomene og de funksjonelle begrensningene blir mer plagsomme ettersom svikten utvikler seg. Pasientene får ofte nedsatt evne til å utføre daglige aktiviteter grunnet dyspné og tretthet, og det blir ofte rapportert om søvnløshet, kronisk tretthetsfølelse, forverret kognitiv funksjon, depresjon, angst og problemer i sosiale funksjoner (Eikeland et al., 2010).

Grunnen til at hjertesvikt pasienter ofte er tungpustet og trette er at den reduserte pumpekraften i hjertemuskelen fører til et økt trykk i hjertekamrene som gjør at blodet forplanter seg i lungene. Dette gjør at lungene inneholder mer blod enn normalt, som kan oppleves som tungpustethet. Muskulaturen får mindre tilførsel av oksygenrikt blod da hjertemuskelen ikke klarer å pumpe ut like mye blod i det store kretsløpet som tidligere, noe som fører til tretthet i muskulaturen ved fysisk aktivitet (Istad, 2013). Fysisk aktivitet er ønskelig ved alle pasientgruppene ved hjertesvikt, men aktivitetsnivået må tilpasses den enkelte. Trening er med på å bedre livskvaliteten, og nyere studier viser at sjansen for overlevelse blir bedre (Gullestad, 2011). En tidlig komplikasjon av hjertesvikt er væskeretensjon og ødemer. Når hjertet ikke greier å opprettholde et normalt minuttvolum blir det sirkulerende blodvolumet nedsatt. Nyrene holder tilbake natrium og vann, noe som fører til at blodvolumet øker og hjertet får mer blod å pumpe rundt i kroppen. Økningen som oppstår vil etter hvert føre til ødemer. Pasienter som er oppegående utvikler perifer ødemer som viser seg som hevelse rundt anklene (Eikeland et al., 2010). Dersom pasienten har ødemer bør de redusere inntaket av væske, å drikke mindre (Istad, 2013).

Utvikling av ødemer fører til vektøkning, og unødvendige kilo vil være en ekstra belastning for hjertet (Eikeland et al., 2010). Det anbefales derfor at pasienten reduserer vekten ned mot idealvekt. Ved starten av behandling av hjertesvikt vil vekten ofte gå ned grunnet utskillelse av vann, men i stabile faser bør vekten endres minst mulig. Noe av den viktigste egenbehandlingen pasienten kan gjøre er vektkontroll ukentlig, eventuelt hyppigere (Gullestad, 2011). Hjertesvikt pasientene bør være ekstra forsiktig med inntak av salt i maten da salt er med på å holde væske tilbake i kroppen, og et hjerte med svekket pumpefunksjon klarer ikke kompensere med kraftigere pumping når væskemengden i blodbanen øker (Istad, 2013).

Søvnforstyrrelser er et vanlig problem hos pasienter med hjertesvikt. Det gjelder både et forandret søvnmønster med mange oppvåkninger, samt en total kortere søvntid. En av konsekvensene som kan oppstå er at pasienten blir trøtt om dagen, noe som er med på å forsterke følelsen av kronisk tretthet (Eikeland et al., 2010). Den kroniske sykdommen kan føre til at pasienten kan få psykososiale problemer. En studie viste at pasientene ofte velger å være hjemme istedenfor å delta i det sosiale liv fordi de er redd for at det skal oppstå en akutt forverring av sin tilstand. Depresjon er ikke uvanlig i forbindelse med hjertesvikt, men den blir ofte gjemt bak andre subjektive symptomer. Depresjonen kan føre til redusert livskvalitet da pasienten kan føle at han/hun ikke mestrer dagligdagse aktiviteter (ibid.). ”Depresjon fører til uheldige patofysiologiske endringer, som igjen kan føre til forverring av pasientens hjertesvikt” (ibid., s. 224).

3.5 Begrepsavklaring

Her blir sentrale begreper som er brukt mye i vår oppgave beskrevet nærmere. Det kommer også fram hva vi selv legger i begrepene.

3.5.1 Livskvalitet

Alle disse konsekvensene som kan oppstå ved kronisk hjertesvikt kan være med på å bidra til at pasienten opplever det som beskrives som nedsatt livskvalitet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som: ”Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdssystem de lever, i relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser.” (Kristoffersen, 2011) En annen definisjon av begrepet livskvalitet er Siri Næss (2011) sin definisjon: ”Vi definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt” (s. 15).

Begrepet livskvalitet blir definert på flere ulike måter, og det kan være litt vanskelig å definere helt konkret hva det betyr. Definisjonene gjenspeiler en økt vektlegging av at livskvalitet i alle fall er en subjektiv opplevelse av sin egen livssituasjon, og en oppfatning av å ha det godt (Kristoffersen, 2011).

Flere forskere har knyttet begrepet livskvalitet opp mot begrepet lykke. Helse kan påvirke opplevelsen av lykke. For eksempel vil smerte, tretthet og ubehag virke inn, og eliminering av disse vil kunne virke positivt på graden av lykke. Det vesentlige er likevel hvordan personen bedømmer sin situasjon som helhet (Ulvik, 2001).

Helse og funksjonsnivå kan være viktig, men det trenger ikke å være en betingelse for god livskvalitet eller en meningsfull tilværelse. Mennesker med kronisk sykdom kan ha nedsatte funksjoner, og dermed ha problemer med å utføre dagligdagse gjøremål som var viktige for pasienten før han ble syk. Dette trenger ikke å bety at pasienten har en subjektiv følelse av nedsatt livskvalitet (ibid.).

Ut fra de ulike definisjonene av begrepet livskvalitet ser vi i alle fall at livskvalitet er en subjektiv opplevelse som ikke trenger å være lik for alle, men som er personers opplevelse av velvære og tilfredshet i forhold til sosiale, fysiske og psykiske aspekter i livet.

Det er også dette vi mener i vår oppgave når vi skriver om at pasientene skal oppnå best mulig livskvalitet. Vi ønsker at pasientene selv mener at de lever et meningsfullt og godt liv ut fra de forutsetningene sykdommen gir. Og at de selv skal ha en subjektiv opplevelse av velvære og tilfredshet i sin hverdag, til tross for at de lever med en kronisk sykdom.

3.5.2 Å mestre sykdom

Å lære å mestre stress, skade og sykdom er en av hovedstrategiene for å øke helsen hos befolkningen generelt både nasjonalt og internasjonalt (Kaplund 1992, Stortingsmelding nr. 41, 1987-88). Hvordan pasienter med kronisk sykdom mestrer sin situasjon kan være avgjørende for hvilken livskvalitet de opplever (Hanssen, 2001, s. 37).

Det er mange som har skrevet om begrepet mestring, men det er vanskelig å finne en enhetlig definisjon av mestringsbegrepet. Mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser.

Det som går igjen i litteratur er at mestring dreier seg i stor grad om hvordan mennesker møter problemer, stress og utfordringer. Det handler om en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer, og til å kunne forholde seg til belastende situasjoner på en god måte. Man kan også si at det er en generell betegnelse på mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser (Hanssen & Natvig, 2007).

Det vi vil legge i begrepet mestring i vår oppgave er i tråd med de måtene begrepet blir belyst i ulik litteratur. Vi vil legge vekt på at den enkelte som har en kronisk sykdom ofte må lære seg å mestre faktorer som kan oppleves belastende eller stressende for å få best mulig livskvalitet til tross for sykdommen. Det vil sette pasientene i stand til å se forskjellen på det han må leve med, og det han selv kan være med på å endre. God mestring kan hjelpe pasienter til å tilpasse seg den nye livssituasjonen (Fjørtoft, 2012).

3.5.3 Undervisning og veiledning

“Å undervise og veilede et sykt menneske stiller særlig krav til sykepleieren. I tillegg til de pedagogiske vurderingene og valgene sykepleieren må gjøre, har hun ansvar for andre sykepleierfunksjoner” (Tveiten, 2008, s. 161). Begrepet undervisning kan defineres som det å formidle kunnskap. Begrepet peker i retning av det kognitive aspektet i læring. Man kan altså si at undervisning er en planlagt pedagogisk virksomhet som formidler kunnskap for eksempel fra sykepleier til pasient. For å kunne undervise om et gitt tema må sykepleieren ha tilegnet seg kunnskap, slik at hun kan formidle kunnskapen ved å for eksempel fortelle eller forelese, eller vise en video eller film. Det kan være lurt å åpne for en dialog slik at man enklere kan knytte teori og praksis sammen (Tveiten, 2008).

Veiledning defineres som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anwise, forklare og orientere. Pasienten skal få veiledning i praksis med utgangspunkt i den enkeltes ressurser. Når en sykepleier veileder en pasient er målet at han skal oppdage og lære, og at denne læringen eventuelt fører til styrket mestringskompetanse. Dialog vil være essensielt i veiledningen slik at den som er i fokus, oppdager, lærer og dermed styrker sin mestringskompetanse (ibid.).

3.6 Joyce Travelbee's sykepleieperspektiv

Sykepleiedefinisjonen til Joyce Travelbee er velkjent og allment akseptert. ”Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet” (Kristoffersen, 2011, s.216).

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

Grunnen til at vi har valgt å bruke Joyce Travelbee's sykepleieteori er fordi hennes sykepleieperspektiv er relevant for vår problemstilling. Travelbee (1999) vektlegger relasjonen mellom sykepleier og pasient. I følge hennes tenkning er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe mennesket til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. I tillegg til dette knytter hun begrepet håp sentralt til sykepleiens mål og hensikt. I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon og samhandling sentralt i utførelse av sykepleie. Sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han eller hun gjennomlever. Hun mener at sykepleiere skal forholde seg til ethvert menneske som en unik person.

I møte med sykepleieren er pasienten i en situasjon der han eller hun opplever en krise eller et problem, der situasjonen er preget av lidelse og mangel på opplevelse av mening (Travelbee, 1999). Hun skriver at forholdet mellom sykepleier og pasient er et menneske-til-menneske-forhold der partene er likverdige personer – og ikke roller. Dette er et sentralt begrep i hennes sykepleietenkning. I samhandlingen med pasienten bruker sykepleieren seg selv terapeutisk. Gjennom ulike stadier blir forholdet utviklet: Innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati og endelig gjensidig forståelse og kontakt (ibid.).

”Travelbee understreker at mennesket har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte” (Kristoffersen, 2011, s. 216).

3.7 Tidligere forskning

Her presenterer vi kort artiklene vi har valgt å bruke, i tillegg blir de presentert mer utfyllende i lesematerie som vedlegg nr. 2.

Den første artikkelen vi har valgt å bruke er skrevet av Scott, Setter – Kline, & Britton (2004). Det ble brukt en kvalitativ metode i form av en spørreundersøkelse etter disse tiltakene var utført. Det var 88 deltagere da undersøkelsen startet, og et frafall på 22 personer underveis. Kravet for å være med var å ha fått diagnosen hjertesvikt, være 18 år eller eldre og forstå og snakke engelsk. Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av to ulike sykepleietiltak for å forbedre mental helse og livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt som får hjemmebesøk innen 7-14 dager etter sykehusopphold.

Neste artikkel er skrevet av Brotons, Falces, Alegre, Ballarin, Casanovas, Catá, Martinez, Moral, Ortiz, Pérez, Rayó, Recio, Roig, & Vidal (2009). Også i denne studien ble det brukt kvalitative metoder. Sykepleiere observerte, gjorde undersøkelser, veiledet og/eller intervjuet pasientene. Det var 283 deltagere i studien og kun ett frafall. Hensikten med den studien var å finne ut om hjemmebasert sykepleie kan være med på å redusere dødelighet, reinnleggelse på sykehus og å forbedre livskvaliteten til pasienter med hjertesvikt.

Den tredje artikkelen vi har valgt er skrevet av Pattenden, Roberts, & Lewin (2007). Dette er en kvalitativ studie der det er gjort intervju med 36 pasienter og 20 pårørende. Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan kronisk hjertesvikt påvirker livet til pasientene og deres pårørende, og deres individuelle behov for støtte.

Den fjerde artikkelen er skrevet av Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker, & Cowie (2012). Dette er en kvantitativ studie der 88 pasienter svarte på spørreskjema. Kravet for deltakelse var at de måtte være over 18 år, være i stand til å fylle ut skjemaet og snakke flytende engelsk. Hensikten var å undersøke sammenhengen mellom sykdomsforståelse, atferd ved egenomsorg, livskvalitet hos pasientene og hvordan de opprettholder sin egenomsorg etter utskrivning fra sykehus.

Den siste artikkelen er skrevet av Kodiath (2005). Studien er basert på gruppemøter der hver deltaker måtte velge seg et problem i forhold til hjertesvikten, og deretter ved hjelp av informasjon fra sykepleiere, jobbe opp mot et mål i forhold til problemstillingen. Det var 33 frivillige deltakere som fullførte programmet. Hensikten med denne studien var å finne ut om sykepleiere, ved hjelp av god informasjon, kunne bidra til at pasientene endret atferd mot det positive i forhold til sykdomsforløpet.

Resultatene fra disse artiklene drøftes opp mot vår problemstilling i neste kapittel.

4.0 DRØFTING

Vi har valgt å drøfte vår problemstilling med spesiell vekt på tiltak som veiledning, undervisning, oppfølging og sykepleier-pasient-relasjon ved hjemmebesøk. Potensiell helsegevinst drøftes avslutningsvis.

4.1 Hjemmebesøk

Hjemmesykepleien har en sentral plass i dagens helsetilbud til befolkningen, og gjennom våre litterære funn har vi sett at veiledning og undervisning i forbindelse med hjemmebesøk av sykepleiere er et viktig tiltak til pasienter med kronisk hjertesvikt. Det har i løpet av de siste tiårene skjedd en rekke endringer som har fått konsekvenser for hjemmesykepleien, som for eksempel endring i samfunnet (for eksempel endret demografi), helsepolitikk og helsetjenestene. Dette har ført til at stadig flere bor hjemme og mottar hjelp fra hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012). ”Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling” (Sosial- og helsedepartementet, 2009, s. 47). Samhandlingsreformen legger opp til et samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sykehusene ønsker færre liggedøgn, noe som fører til at pasientene blir tidligere utskrevet. Dette gjør at pasientene har et større hjelpebehov enn tidligere når de kommer hjem, noe som fører til at kompetansekravene til sykepleiere øker.

Det er viktig at de som jobber i hjemmetjenesten har forståelse for hva det innebærer for pasientene å leve med en kronisk sykdom. Det å få en kronisk sykdom kan for mange pasienter ha store konsekvenser for hele livsutfoldelsen. Mange trenger derfor hjelp til å mestre hverdagen hjemme på tross av sin kroniske lidelse, og de trenger hjelp til å leve et så godt liv som mulig basert på sine egne premisser (Fjørtoft, 2012). Sykepleiere må ha kunnskap om de enkelte sykdommene og aktuelle symptomer og komplikasjoner som kan oppstå (ibid.). I noen tilfeller kan man møte pasienter som er ”eksperter” på sin egen sykdom, og som vet akkurat hvilken hjelp de har behov for. Men man kan også møte på pasienter som ikke føler de klarer å håndtere de ulike symptomene av sykdommen. Disse pasientene kan ofte ha behov for hjelp av sykepleiere til å mestre en ny livssituasjon. ”Uavhengig av hva

slags hjelp den enkelte trenger, er livskvalitet og mestring sentrale mål i hjemmesykepleien” (Fjørtoft, 2012, s. 58). Begrepet livskvalitet blir ofte brukt synonymt med å ha det godt eller det gode liv. Det å ha et godt liv kan variere fra person til person, det er derfor vesentlig at sykepleierne får personens egen oppfatning av sitt eget liv (Fjørtoft, 2012).

I løpet av vår tid i praksis har vi møtt mange pasienter som har hatt spørsmål angående sykdommen sin, og som har gitt uttrykk for at de føler de ikke vet hvordan de skal håndtere alle konsekvensene sykdommen gir. Grunnet dette vil vi bruke en selvopplevd pasienthistorie som kan være med på å belyse hvorfor vi har valgt vår problemstilling i denne litteraturstudien. Vi vil reflektere rundt vår pasienthistorie gjennom drøftingsdelen.

Ola Normann er 65 år gammel og bor sammen med sin kone. Han er en aktiv mann som går mye tur, og som liker å arbeide ute rundt huset. For fem år siden hadde han et hjerteinfarkt med medfølgende mild grad av hjertesvikt. Etter nylig kontroll på sykehuset viser det seg at hjertesvikten har forverret seg. Han får klar beskjed fra legen om at han ikke må anstrenge seg for mye, og må passe på å få nok hvile. Ved tilsyn av hjemmetjenesten senere på kvelden, under daglig medisintilbringelse, virker Ola veldig engstelig og stresset. Når sykepleieren konfronterer han med, det kan han fortelle at han føler at han har for lite kunnskaper om sykdommen, og at han derfor føler seg utrygg særlig med tanke på aktivitet og hvile.

Selv om Ola Normann har levd med sin hjertesvikt over flere år, kan det være skremmende å få en virkelighetsorientering om egen situasjon. Ola vil kunne ha behov for undervisning, veiledning, og oppfølging av hjemmesykepleien for å kunne takle sykdommene på best mulig måte. Det er viktig at man som sykepleiere er med på å styrke pasientens egne ressurser og troen på egen mestring slik at han selv er i stand til å håndtere sykdommen. Man må ha forståelse for at pasientens kroniske sykdom kan handle mye om tap og begrensninger, noe som påvirker alle aspekter av livet, og at det kan kreve stadig tilpasning for å mestre hverdagen (ibid.).

4.2 Veiledning og undervisning

Basert på litteraturen vi har gjennomgått under dette studiet, kan hjemmetjenestens oppgaver med å hjelpe kronisk syke til å mestre sykdommen grovt klassifiseres i to kategorier. Den første kategorien er å veilede og undervise pasientene om de ulike symptomene som medfølger ved det å ha kronisk hjertesvikt. Den andre kategorien vil være god oppfølging etter veiledning og undervisning.

Gjennom sykepleietiltak som hjemmebesøk av sykepleier, som gir veiledning og undervisning, kan pasientene få økt kompetanse til å mestre å leve med kronisk hjertesvikt. Flere studier viser også at disse sykepleietiltakene er med på å bedre deres livskvalitet. Jo tidligere i sykdomsforløpet disse tiltakene blir iverksatt, desto tidligere kan pasienten klare seg på egenhånd (Brodtkorb, 2008). Dette er også vår erfaring fra praksis. Tiltakene går ut på å veilede og undervise pasientene om hvordan de skal takle de ulike symptomene som kan oppstå ved kronisk hjertesvikt. Pasienter med kronisk hjertesvikt vil aldri bli friske, og må derfor lære seg å leve med sykdommen (Travelbee, 1999).

Gardetto og Carroll (2007) forestår at pasientene får med seg skriftlig informasjon når de utskrives fra sykehus, og at informasjonen bør inneholde instruksjon om aktivitetsnivå, saltreduert diett og væskeinntak, daglig veiing, skriftlig legemiddelliste, tidspunkt for kontroll med og instruksjon om hvordan pasienten og pårørende skal takle symptomer på endret tilstand/forverret hjertesvikt (sitert i Eikeland et al., 2010, s. 229).

Det kan være en stor påkjenning å leve med kronisk hjertesvikt. Undervisning og veiledning setter pasientene bedre i stand til å ta vare på seg selv ved at de blir tryggere på sykdommen sin gjennom å kunne takle symptomene bedre (Rustøen, 2007). Pasienter som har innsikt i sykdommen og selv klarer å regulere symptomene, er ofte mindre engstelige da de føler større grad av kontroll (Brodtkorb, 2008). Dette tilsvarer erfaringer fra casen vår nevnt ovenfor der Ola Normann ble engstelig og stresset da han følte at han hadde for lite innsikt i sykdommen sin. Det at vi som sykepleiere har en helsefremmende og forebyggende funksjon, gjennom tiltak som veiledning og undervisning, er med på at pasienten føler en styrket egenomsorg.

Det er viktig å møte pasienten der han er, og å finne ut hva han er opptatt av og syns er viktig for ham. Man må samarbeide med pasienten om mål for veiledning og undervisning. Det handler om å legge til rette for medvirkning fra pasientens side. Det er viktig at sykepleiere gir individuell veiledning for å komme frem til de rette mestringsmåtene tilpasset hver enkelt pasient (Næss, 2011). Alle pasienter er ulike individer som har ulike behov. Noen vil trenge mer undervisning enn andre, og noen vil kanskje kun trenge litt veiledning som tiltak. Det er uansett viktig at man ser hver enkelts behov. I Ola Normanns tilfelle kommer det fram at han kanskje spesielt kunne hatt behov for undervisning og veiledning angående hvordan han takler symptomer i forbindelse med aktivitet og hvile, da han i utgangspunktet er en aktiv mann, og det er viktig for han å fortsette med fysisk aktivitet. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Travelbee, 1999).

En pasient med kronisk hjertesvikt kan gjennom sykepleietiltak som veiledning og undervisning tilegne seg ny kunnskap, ferdigheter og nye holdninger som gjør det enklere å mestre sykdommen i større grad (Tveiten, 2008). I studien gjort av Pattenden et al. (2007) viste det seg at mange ikke hadde forstått årsaken til sin hjertesvikt. Her vil veiledning og undervisning være helt sentralt for å hjelpe pasienten til å tilegne seg nødvendig kunnskap om akkurat dette, slik at han kan mestre sykdommen. Helsefremmende undervisning vil i følge Travelbee (1999) bidra til at pasienten mestrer det å leve med kronisk sykdom, og hjelp til å finne mening i sykdom og helsebevarende tiltak. Hun skriver videre at det er viktig at man som sykepleier er klar over at det ikke er en enkel oppgave for pasienten å forandre på vaner som er opparbeidet over mange år. Hun mener derfor at hvis man som sykepleier klarer å bidra til at pasienten opplever iverksatte tiltak som meningsfulle har man oppnådd hensikten med undervisningen (Travelbee, 1999).

Det er sykepleierne sin oppgave å legge til rette for at pasienten oppdager og lærer. Det kan være å legge til rette når det kommer til forståelsen av sykdommen, holdningsdannelse, eller mestring av ferdigheter eller prosedyrer knyttet til kronisk hjertesvikt (Tveiten, 2008). I studien av Brotons et al. (2009) var pasientene fornøyde med undervisningen og veiledningen som ble gjort, og mestret sykdommen bedre hjemme da de følte seg trygge på sine egne kunnskaper om sykdommen. De fleste gav uttrykk for økt livskvalitet på grunn av tiltakene

som ble gjort. I motsetning til dette gav deltakerne i Pattenden et al. (2007) sin studie uttrykk for at undervisningen og veiledningen som ble gitt var for dårlig. De følte for eksempel at de fikk for få konkrete råd om aktivitet og hvile. Dette førte til at noen hadde begrenset aktivitetsnivået av frykt for å forverre symptomene. Dette sier oss noe om hvor viktig det er at veiledningen og undervisningen blir gjort på en god måte, og at man forsikrer seg om at pasienten er tilstrekkelig fornøyd med tiltakene.

Det er viktig at man som sykepleier er helt sikker på at pasientene faktisk forstår den veiledning og undervisning som blir gitt. I studien til Pattenden et al. (2007) kommer det fram at pasientene ikke alltid får med seg all informasjonen gjennom veiledning og undervisning, og dermed ikke klarer å benytte seg av informasjonen. Dette er i også tråd med vår erfaring fra praksis. Vi opplevde ofte at pasienter som hadde blitt reinnlagt på sykehuset hadde stort behov for informasjon, og en bekreftelse på at de forstod denne informasjonen riktig. De trengte veiledning og undervisning for å få kunnskap om behandling og symptomer slik at de bedre kunne takle sykdommen da de kom hjem, og for å unngå reinnleggelser. Dersom pasientene ikke forstår veiledningen og undervisningen, og derfor ikke får benyttet seg av disse tiltakene, har heller ikke sykepleieren bidratt til å hjelpe pasientene å mestre sykdommen.

Studien til Scott et al. (2004) gikk ut på å gjennom hjemmebesøk undervise og veilede pasienten om blant annet medisinbruk, kosthold, aktivitet og behandling. Resultatet av denne studien viste at sykepleietiltakene var med på å gi pasientene en større følelse av kontroll, og dermed større mestringsfølelse. Dette hadde videre ført til at livskvaliteten hadde økt betraktelig. Selv om mange studier viser at sykepleietiltak som veiledning og undervisning er med på å bidra til at pasienter mestrer sykdommen bedre og får økt livskvalitet, kommer det også fram i studien til Scott et al. (2004) at absolutt ikke alle har positiv effekt av disse tiltakene, da de ikke har klart å nyttegjøre seg av dem. Gjennom vår praksis i kommunehelsetjenesten har i alle fall vi fått inntrykk av at pasienter med kronisk hjertesvikt har hatt gode erfaringer med veiledning og undervisning ved hjemmebesøk av sykepleiere da de føler at kunnskap gir trygghet.

Veiledning og undervisning er altså tiltak som viser seg å styrke pasientenes egenomsorg ved at hver enkelt får kunnskap om de symptomene som plager dem mest i hverdagen. Det er likevel viktig å tydeliggjøre at dette i seg selv ikke er nok. Dersom pasientene ikke bruker de kunnskapene de får gjennom disse tiltakene, vil de heller ikke få noe utbytte av veiledning og undervisning. Det er nettopp derfor utrolig viktig at disse pasientene får tett oppfølging også etter at de kommer hjem.

4.3 Oppfølging

Vi nevnte tidligere at den andre kategorien til hjemmetjenesten vil være å sørge for god oppfølging etter veiledningen og undervisningen. Ved å komme hjem til pasientene har man en svært god mulighet til å observere og å se om kunnskapene om symptomene og sykdommen har kommet pasientene til nytte.

Travelbee (1999) viser til at hensikten med oppfølging kan være å kunne planlegge hensiktsmessige sykepleiehandlinger, å vurdere effektiviteten av behandlingstiltak som er satt i gang, forebygge komplikasjoner og følgetilstander, og å observere sykdomstegn. Oppfølgingen er også en prosess som kan brukes for å lære å kjenne den syke som individ, noe som vil være første skritt i etableringen i et menneske-til-menneske-forhold. Det er viktig at sykepleierne er bevisste på at deres funksjon og ansvar ved hjemmebesøk hos pasienter med hjertesvikt vil være å observere, vurdere og identifisere tidlige tegn på utvikling eller forverring ved sykdommen (Eikeland et al., 2010). Ved slike hjemmebesøk kan vi som sykepleiere observere og vurdere om pasienten har benyttet seg av den undervisning og veiledningen vi tidligere har gitt dem, og om de nå klarer å takle de ulike symptomene som kan oppstå ved denne typen sykdom. Det skal også sies at noen av symptomene pasientene opplever ikke kan gjøres noe med ved hjelp av denne typen tiltak. Enkelte symptomer må pasienten rett og slett bare lære seg å leve med. I studien utført av Kodiath (2005) skulle hver enkel deltaker velge seg et hverdagstema som de synes var utfordrende i forhold til den kroniske hjertesvikten. Sykepleiere var tilstede for å gi undervisning og veiledning for å hjelpe pasienten på vei med sin utfordring. Alle ble bedt om å gjennomføre det de hadde lært når de kom hjem. Ved diskusjon i gruppe etter syv uker kunne nesten alle deltakerne fortelle at de taklet utfordringen mye bedre nå enn tidligere. Noen kunne fortelle at grunnet mer

kunnskap hadde de fått en helt ny motivasjon. De følte nå at de hadde de nødvendige ferdighetene som trengtes for å gjøre en endring, og at de ikke lengre hadde behov for videre oppfølging. Det er viktig å formidle kunnskap slik at pasientene kan yte den egenomsorgen som de fleste har behov for, og som mange lengter etter. Her var oppfølging underveis i syv uker viktig for å kunne vurdere om veiledningen og undervisningen som ble gjort før de ble sendt hjem hadde innvirkning på det de gjorde hjemme. På denne måten fikk pasientene også mulighet til å få snakket om hva de eventuelt følte kunne vært gjort annerledes før de dro hjem.

Organisert veiledning, undervisning og oppfølging er anbefalt da det har vist seg å gi økt overlevelse, bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelse (Eikeland et al., 2010). I artikkelen skrevet av Goodman et al. (2012) var målet å beskrive sammenhengen mellom hjertesviktpasienters oppfatning av sin sykdom og hvordan de opprettholdt sin egenomsorg etter utskrivning fra sykehuset. Studien skulle kartlegge livskvaliteten hos pasientene seks måneder etter utskrivning, samt hvordan pasientenes oppfatning av symptomene var. “Pasientens livskvalitet er et vel så viktig resultat av behandlingen og oppfølgingen som økt overlevelse og redusert sykkelighet” (Eikeland et al., 2010, s. 229). Studien til Goodman et al. (2012) benyttet veiledning og undervisning som tiltak for å hjelpe pasientene til å opprettholde egenomsorgen. Pasientene fikk kontinuerlig oppfølging i de seks månedene etter utskrivningen. Studien viste at pasientene hadde behov for bedre oppfølging og oppfordring til egenomsorg. De mente at de kunne få bedre livskvalitet ved å vite hvordan de skulle leve med symptomene som sykdommen medbrakte. Slike sykepleietiltak som øker egenomsorgen vil ha en helsefremmende og forebyggende funksjon for pasientene. Det helefremmende arbeidet legger ikke kun vekt på sykdom og sykdomsårsaker, men også hvor viktig det er å se på forhold som har med livskvalitet og levekår å gjøre (Hallandvik, 2002). Resultatet av studien viste at de pasientene som hadde en positiv holdning hadde evnen til å mestre sykdommen bedre etter veiledning og undervisning. I kontrast viste det seg at de som var negative til studien hadde lite forbedring etter oppfølgingen. Det vil være en stor sammenheng mellom pasientens følelsesmessige forhold til sykdommen og hvordan de klarer å leve med den. Selv om ikke alle deltakerne følte de fikk noe ut av oppfølgingen, var alle enige om at tettere oppfølging av pasientene etter utskrivning kan bidra til økt egenomsorg, noe som kan bidra til at de klarer å mestre hverdagen bedre, og som igjen kan føre til økt livskvalitet. ”Uansett

situasjon og livsutsikter er det alltid noe som kan gjøres for å bedre et menneskes livskvalitet” (Fjørtoft, 2012, s. 59).

I casen vår kan vi se hvor viktig det blir med oppfølging. Etter at Ola Nordmann har fått den veiledningen og undervisningen han trenger vil sykepleieren på hjemmebesøk kunne følge opp om han har lært seg å takle symptomene bedre, og dermed har fått økt følelse av mestring. Ved denne oppfølgingen kan også Ola komme med spørsmål og tanker han har gjort seg underveis i prosessen. Sykepleieren har gjennom disse tiltakene en helsefremmende og forebyggende funksjon som er med på å opprettholde pasientens egenomsorg.

4.4 Sykepleier-pasient-relasjon

Å leve med kronisk hjertesvikt griper inn i dagliglivet og medfører for mange at de må legge om daglige rutiner, og ofte hele sin livsstil. Sykdommen setter helt nye betingelser på en rekke områder ved livsutfoldelsen til pasienten. Ola Nordmann følte helt tydelig på det at symptomene han fikk i forbindelse med aktivitet satte begrensninger for han. Han ble derfor veldig usikker på hva han egentlig kunne utføre av fysisk aktivitet. For disse pasientene vil det bli hyppige kontakter med helsevesenet som vil bli en stor del av pasientens tilværelse. Det er derfor viktig at kvaliteten på denne relasjonen er god, da det vil ha innvirkning på livskvaliteten til den som er rammet av kronisk hjertesvikt (Gjengedal & Hanestad, 2007). Vi har mange ganger i praksis sett at relasjonen mellom sykepleier og pasient har spilt en stor rolle for effekten av tiltakene som blir satt i gang. At det blir en god relasjon her kan være avgjørende for trivsel hos pasienten. Vi har faktisk ofte sett at jo bedre relasjonene mellom pasient og sykepleier er, jo bedre utbytte har pasienten av tiltakene som blir gjort. Det virker også som at pasienter som har en god relasjon til sykepleieren blir mer motivert til å gjøre en forskjell. Det er viktig at man setter av tid til å lytte til pasienten slik at man kan skape en god relasjon.

I følge Travelbee (1999) er det viktig at man som sykepleier formidler til pasienten at han ikke er alene og at han blir forstått, og på denne måten danne en tilknytning til pasienten. Dette kan i følge henne bidra til at pasienten mestrer sin sykdom på en bedre måte. Ola Nordmann nevnte ikke selv at han var engstelig og stresset, men dette var noe sykepleieren på

hjemmebesøk oppdaget og konfronterte han med. Dette kan tyde på en god relasjon der sykepleieren viser at hun bryr seg og ønsker å hjelpe. Da hun spurte, var Ola trygg nok på henne til å forklare hva som plaget han. Videre sier Travelbee at meningsfylt kommunikasjon kun kan foregå dersom partene ser på hverandre som et unikt menneskelig individ. Alle menneskelige forhold er maktforhold fordi det å vise noen tillit innebærer at man må utlevere seg selv. Forholdet mellom sykepleiere og pasient vil derfor også være et maktforhold. Sykepleierens makt over pasienten vil øke desto mer hjelpetrengende pasienten er, da det i noen tilfeller vil være sykepleieren som tar beslutningene som er best for pasienten. Sykepleierens evne til dialog, varhet og kommunikasjon blir dermed av uvurderlig betydning. Sykepleieren vil også ha makt over pasienten når han eller hun kommuniserer og samtaler, da dette innebærer meningsutveksling, utleverthet og sårbarhet. Dersom pasienten opplever at kommunikasjonen ikke er god nok, er den ikke det, selv om sykepleieren kan føle selv at den er det (Brinchmann, 2010). Dersom pasienten får gi uttrykk for hvordan han oppfatter sin sykdom kan man som sykepleier bistå pasienten til å finne mening med sykdom og mestre de erfaringer som å leve med sykdom kan føre med seg slik at han får økt livskvalitet (Travelbee, 1999). Det er dette vi ønsker å bidra til med sykepleietiltak som veiledning, undervisning og oppfølging.

Denne kontakten mellom pasient og sykepleier der erfaringer oppstår, og som gjør at pasienten får sine behov ivaretatt, definerer Travelbee (1999) som et menneske-til-menneske-forhold. Å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse med å finne mening med disse erfaringene, er et av sykepleiens mål og hensikt. Å skape et menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle dette. Dette forholdet er det den profesjonelle sykepleieren som målrettet bygger opp og opprettholder (Travelbee, 1999). Sykepleierens moral og etikk vil komme til uttrykk like mye gjennom hennes væremåte og kroppsspråk, som det hun sier og gjør (Brinchmann, 2010). Studien til Scott et al. (2004) viser at pasientene som sammen med sykepleier på hjemmebesøk satte seg mål, og tiltak for å nå disse målene, følte de fikk en god relasjon til sykepleieren. De følte at støtten fra sykepleieren spilte en viktig rolle for å klare å gjennomføre disse tiltakene.

For å skape et slikt godt menneske-til-menneske-forhold er gode kommunikasjonsferdigheter viktig. Disse ferdighetene er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å gi bedre hjelp og støtte og til å stimulere den andres utvikling på best mulig måte (Eide og Eide, 2007). For

å kunne gi pasienten god og tilstrekkelig informasjon om sykdommen er det en viktig forutsetning å etablere en trygg og god relasjon slik at pasienten føler seg trygg (ibid.).

5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Den litteraturen vi har gått gjennom viser at pasienter med diagnosen kronisk hjertesvikt sliter med symptomene sykdommen medfører. Det er disse symptomene vi som sykepleiere kan hjelpe pasientene å mestre gjennom sykepleietiltakene veiledning og undervisning ved hjemmebesøk. Veiledningen og undervisningen må skje tidlig i sykdomsforløpet, allerede ved utskrivelse fra sykehuset. Det viser seg også at tiltakene må gjøres på individuelt plan, og at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for at pasienten bedre skal mestre sykdommen. Oppfølging etter veiledning og undervisning vil være en sentral del av behandlingen. Trygghet og mer kunnskap om hvordan man kan takle symptomene fører til styrket egenomsorg, noe som bidrar til økt mestringskompetanse. Denne mestringskompetansen kan føre til en opplevelse av bedre livskvalitet for mange.

I kontrast til dette kommer det også fram at ikke alle pasientene opplever mestring og økt livskvalitet på grunn av de nevnte tiltakene, men at det gjelder flertallet. Det blir gitt uttrykk for at dersom veiledning og undervisning ikke fungerer som tiltak er det fordi det enten blir gjennomført for dårlig, eller at pasientene ikke klarer å nyttegjøre seg av det. En annen ting er at det å leve med en kronisk sykdom innebærer å kunne lære seg å leve med noen av symptomene, da ikke alle kan gjøres noe med uansett hvor mye man veileder og underviser. Dersom det pasientene lærer gjennom veiledningen og undervisningen ikke blir forstått eller tatt i bruk, har ikke vi som sykepleiere lyktes med å bidra til å hjelpe pasienten.

5.1 Konsekvenser for praksis

Våre funn kan tenkes å ha konsekvenser for praksis på to ulike nivåer. For det første vil vi i vår fremtidige utøvelse av jobben som sykepleiere være bevisst den undervisning og veiledning pasienten mottar, på hvilket tidspunkt, og at den er relevant (individuell). God relasjon og aktiv oppfølging for å sjekke at tiltak gjennomføres er viktig. Vi vil dele våre funn med andre og bidra til at avdelinger lærer kollektivt.

På et mer overordnet nivå kan våre funn ha konsekvenser for den praksis kommunene vil investere i. Dersom kommunene skal strekke seg etter en praksis der tiltakene om veiledning og undervisning ved hjemmebesøk skulle vært gjennomført ved alle tilfellene av pasienter

med kronisk hjertesvikt, måtte kommunene investert mer ressurser i det fra starten av. Det vil gi en helsegevinst for pasientene gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak. Videre ville det kunne ført til lavere kostnader i forhold til færre reinnleggelser, pasientene ville vært i stand til å bo hjemme lenger, og behovet for vedtak ville blitt redusert. Dermed ville man til slutt hatt mindre behov for ressurser i disse hjemmene.

Hadde det blitt satt i gang et pilot prosjekt i forhold til disse tiltakene kunne det fått både negative og positive utfall. Dersom det viser seg at pasientene ikke hadde hatt noen helsegevinst, ville dette ført til tap av penger da man hadde måtte tatt i bruk betydelig flere ressurser i starten for at alle skulle fått hjemmebesøk med veiledning og undervisning. Hadde det derimot gitt en gevinst, slik vi tror det ville gjort basert på vår litteraturstudie, ville man i det lange løp tjent på det ved at pasientene ville oppnådd egenomsorg som gjør at de klarer seg selv i mye større grad. Dersom vi bidrar til at de mestrer sykdommen og klarer seg selv, sparer vi ressurser der det ellers ville vært behov for det.

Vi tror at en slik praksis ville skapt tillitt og trygghet for pasientene. De hadde fått muligheten til tydelige avtaler med sykepleiere, og en følelse av og bli godt ivaretatt gjennom oppfølgingen. De ville så fort som mulig fått muligheten til å klare seg selv, og ikke lenger være avhengig av så mye hjelp til å mestre hverdagen. I tillegg ville pasientene fått bedre livskvalitet gjennom mestring.

5.2 Diskusjon

Når vi nå ser tilbake på oppgaven synes vi at vi ha fått belyst problemstillingen slik vi ønsket det. Vi føler at vi har fått frem i oppgaven det vi i utgangspunktet var opptatt av. Samtidig ser vi at det kunne vært svært interessant å gjøre diverse kvantitative studier om temaet dersom vi hadde hatt mer ressurser, i form av tid og penger.

6.0 LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur:

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg...* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Brinchmann, B.S. (2010). Nærhetsetikk. I Brinchmann, B.S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, K. (2008). Respirasjon og sirkulasjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eikeland, A., Haugland T. & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (2007). Om kronisk sykdom. I Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (Red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (2. utg.). Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS.

Hallandvik, J-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hanssen T.A. & Natvig G.K. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. Stress og mestring. I Gjengedal, E., & Hanestad, R.B. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring* (2. utg.). Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rustøen, T. (2007). Å leve med hjerte- og karlidelser. Håp og livskvalitet ved hjertesvikt. I Gjengedal, E. & Hanestad, R. B. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring* (2. utg.). Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS.

Sosial- og helsedepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. (St.mld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Selvvalgt litteratur:

Brotons, C., Falces, C., Alegre, J., Ballarin, E., Casanovas, J., Catá T., Martinez, M., Moral, I., Ortiz, J., Pérez, E., Rayó, E. Recio, J., Roig, E. & Vidal, X. (2009). *Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study*. Rev Esp Cardiol 2009; 62(4): 400-8 (s. 400-408).

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (s. 53-109).

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur. (s. 15-40).

Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M.R. (2012). *Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) (s. 945-953).

Gullestad, L. (2011). Hjertesvikt i allmennpraksis. I Forfang, K., & Istad, H. (Red.). *Kardiologi - Klinisk veileder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 174-188).

Hanssen T.A. (2001). Livskvalitet, helse, stress og mestring. Stress og mestring. I Gjengedal, E., & Hanestad, R.B. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS. (s. 25-50).

Istad, H. (2013). *Hjerteboka*. Norge: Opera Forlag. (s. 101-119).

Kodiath, M. (2005). *Improving quality of life in patients with heart failure: An innovative behavioral intervention*. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 20(1): (s. 43-48).

Kristoffersen, N.J. (2011). Helse og sykdom. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A., (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 31-81).

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A., (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 208-280).

Næss, S. (2011). Teorier. I Næss, S., Moum, T., & Eriksen, J. *Livskvalitet - forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (s. 69-82).

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I Næss, S., Moum, T., & Eriksen, J. *Livskvalitet - forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (s. 15-51).

Pattenden, J.F., Roberts, H & Lewin, R.J.P. (2007). *Living with heart failure; patient and carer perspectives*. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007; 6: (s. 273-279).

Scott, L.D. Setter – Kline, K & Britton, A.S. (2004). *The Effects Of Nursing Interventions To Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure*. Applied Nursing Research 2004; 17(4): (s. 248-256).

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 29-217).

Ulvik, B. (2001). Livskvalitet, helse, stress og mestring. Helse og livskvalitet. I Gjengedal, E. & Hanestad, R.B. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS. (s. 25-50).

7.0 VEDLEGG:

Vedlegg nr. 1

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
05.02.14 Quality of life & Nursing & Home- based & Heart failure	PubMed	23	17	1	0
05.02.14 Heart failure & Nursing & Quality of life & help	Ovid Nursing	16	14	2	1
05.02.14 Heart failure & Nursing & Quality of life & Patients & Education & Self-care	Ovid Nursing	13	10	2	0
05.02.14 Heart failure & Quality of life & Nursing & Help & Self-care & Education	Scopus	89	37	1	1
12.02.14 Quality of life & Heart failure & Nursing & Help & Self-care & Education	PubMed	9	9	1	0
12.02.14 Hjertesvikt	Norart	213	45	1	0

12.02.14 Quality of life & Living with heart failure & Nursing & Patients & Help	PubMed	35	22	1	0
12.02.14 Heart failure & Mental health & Quality of life & Nursing & Home based & Patients	Science direct	5766	53	2	1
20.02.14 Heart failure & Life purpose & Life Quality & Older patients	PubMed	4	4	1	0
20.02.14 Heart failure & Hospital readmissions & Mortality & Quality of life	PubMed	122	77	2	2

Vedlegg nr. 2

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ fracfall	Hovedfunn
Scott, L.D., Setter- Kline, K., & Britton, A.S. 2004 USA Applied Nursing Research.	The Effects of Nursing Interventions To Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure.	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av to ulike sykepleietiltak for å forbedre mental helse og livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt som får hjemmebesøk innen 7-14 dager etter sykehusopphold. Det ene tiltaket var å gå sammen med pasienten å høre hva som var målene hans/hennes, for så å sammen bestemme tiltak for å nå disse målene. Her skulle støtte spille en viktig rolle. Det andre tiltaket gikk ut på å undervise og veilede pasienten om blant annet medisinbruk, kosthold, aktivitet og behandling.	Kvalitativ metode i form av en spørreundersøk else etter disse tiltakene var utført.	88/22	Studien viser at sykepleietiltakene var med på å forbedre både mental helse og livskvalitet. Den viste også at pasientene fikk en større følelse av kontroll da de følte mindre stress og psykiske plager relatert til sykdommen.

<p>Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R.</p> <p>2012</p> <p>United Kingdom</p> <p>International Journal of Nursing Studies.</p>	<p>Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey.</p>	<p>Hensikten var å undersøke sammenhengen mellom sykdomsforståelse, atferd ved egenomsorg, livskvalitet hos pasientene og hvordan de opprettholder sin egenomsorg etter utskrivning fra sykehus.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p>	<p>88/38</p>	<p>Studien viste seg at de fleste pasientene følte at de hadde bedre kontroll over sykdommen etter seks måneder oppfølging. Det viste seg at pasientene som ikke fikk noe ut av oppfølgingen var negative til studien og hadde lite kunnskap om sykdommen. Alle pasientene var enig i at bedre oppfølging kan bidra til at de mestrer hverdagen bedre.</p>
<p>Brotons, C., Falces, C., Alegre, J., Ballarín, E., Casanovas, J., Catà, T., Martínez, M., Moral,</p>	<p>Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study.</p>	<p>Hensikten med den studien var å finne ut om hjemmebasert sykepleie kan være med på å redusere dødelighet, reinnleggelser på sykehus og å forbedre livskvaliteten til pasienter med</p>	<p>Sykepleiere observerte, gjorde undersøkelser, veiledet og/eller intervjuet pasientene.</p>	<p>283/1</p>	<p>Studien viser at hjemmebesøk til pasienter med hjertesvikt kan redusere dødelighet, reinnleggelser på sykehus og forbedre livskvalitet. Pasientene var</p>

I., Ortiz, J., Pérez, E., Rayó, E., Recio, J., Roig, E., & Vidal, X. 2009 Spain Rev Esp Cardiol.		hjertesvikt. Studien gikk ut på hjemmebesøk innen 7-14 dager etter sykehusopphold.			fornøyde med veiledningen de fikk om sin sykdom, og følte seg dermed mindre bekymret og tryggere.
Kodiath, M. 2005 USA The Journal of Cardiovas cular Nursing.	Improving Quality of Life in Patients With Heart Failure: An Innovative Behavioral Intervention.	Hensikten med studien er å finne ut om sykepleiere kan ved hjelp av god informasjon bidra til at pasientene endrer atferd mot det positive i forhold til sykdomsforløpet.	Kvalitativ metode.	33/58	En stor andel av deltakerne i studien hadde stor læringskurve. Det å endre atferd i forhold til sykdomsforløpet rundt hjertesvikten krever et stor engasjement eller en stor livsstilsendring av pasientene. Bare informasjon er ikke tilfredsstillende.

<p>Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J.P.</p> <p>2007</p> <p>United Kingdom</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing.</p>	<p>Living with heart failure; patient and carer perspectives.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan kronisk hjertesvikt påvirker livet til pasientene og deres pårørende, og deres individuelle behov for støtte.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p>	<p>36 pasienter og 20 pårørende.</p>	<p>Studien viser at å leve med hjertesvikt er en kompleks, dynamisk prosess for både pasient og pårørende. Sykdommen fører til mange utfordringer som å leve med skremmende symptomer og bivirkninger av mange medisiner, depresjon, angst og funksjonelle begrensninger. Dette kan føre til nedsatt livskvalitet.</p>
---	---	---	---------------------------	--------------------------------------	--