



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Helse og idrett

4 BACH



«Frykten for å drukne i egen kropp»

«The fear of drowning in your own body»

**Tone Palerud Hansen og Guro Hulleberg**

Veileder: Randi Martinsen  
Bachelor i Sykepleie 2013

Antall ord: 13 658

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeligjføring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## SAMMENDRAG

*Bakgrunn:* Hjertesvikt har en stadig økende forekomst, og er et av de største helseproblemene vi har i dag, noe som hovedsakelig skyldes lengre levealder og antall eldre øker. Forekomsten av hjertesvikt er knyttet til redusert livskvalitet, høy sykkelighet og dødelighet. Hjertesvikt fører til et klinisk endret sykdomsbilde, som følge av sykdommens konsekvenser. *Formål:* Formålet med litteraturstudiet er økt kunnskap og forståelse om menneskets opplevelse av å leve med kronisk hjertesvikt. Samtidig fremme sykepleierens engasjement, og se hva sykepleie kan bidra med for at eldre med kronisk hjertesvikt skal oppnå økt trygghet og sosial deltakelse. *Problemstilling:* Hvilke faktorer har betydning for at eldre hjemmeboende pasienter med kronisk hjertesvikt skal mestre å bo hjemme? *Metode:* Litteraturstudiet består av 9 kvalitative forskningsartikler, hvor 5 er reviewartikler. Artiklene baseres på eldre personers egne erfaringer og opplevelser av å leve med kronisk hjertesvikt i eget hjem, samt mangler og utfordringer knyttet til dette. *Resultat:* Funn i litteraturstudiet viser til at eldre med kronisk hjertesvikt preges av en opplevelse av frykt, usikkerhet, redsel og mangel på kontroll over egen sykdom, noe som fører til problemer med å oppfylle egen rolle, redsel knyttet til døden og en følelse av å være fengslet i egen sykdom. Dette viser til mangel på trygghet og sosiale deltagelse, noe som sykepleiere kan påvirke igjennom kommunikasjon og samhandling, veiledning og kunnskap om egen sykdom og kontinuitet og tilstedeværelse som ulike tiltak i praksis. Dette er utslagsgivende tiltak. *Nøkkelord:* Eldre, kronisk hjertesvikt, mestring, opplevelser, følelser, hjemmeboende og sykepleie.

## ***Speilbildet***

*«Hvem er du?» spør jeg? Det står en eldre kvinne, ca 65- 75 år, foran meg. Hun står og ser på meg med et undrende blikk.*

*«Hvem er du?» spør jeg igjen, men hun svarer ikke.*

*Hun ser så trist ut, så jeg prøver å sende henne et forsiktig smil. Jeg får et lite smil tilbake, men jeg ser at det ikke er ekte.*

*Nå kommer tårene. Ansiktet er forvridt i smerte og fortvilelse, og jeg kjenner det samme skjer med meg.*

*Jeg prøver å ta min høyre hånd bort til speilet, og hun møter den med sin.*

*Det virker som om hun er glad for at jeg prøver å hjelpe, og slik blir vi stående.*

*Vi ser på hverandre, og niholder hverandres hender.*

*Vi sier ingenting, men blikkende forteller; «Jeg forstår, og nå er du ikke lenger alene!»*

*(Midthjell, 2005)*

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	s. 4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.....	s. 4
1.1.1 Definisjon av begreper i problemstillingen.....	s. 4
1.2 Formål med oppgaven.....	s. 5
1.3 Avgrensninger i oppgaven.....	s. 5
1.4 Oppgavens disposisjon.....	s. 6
2.0 METODE.....	s. 7
2.1 Litteraturstudium som metode.....	s. 7
2.2 Litteratursøk og fremgangsmåte.....	s. 7
2.2.1 Presentasjon av forskningslitteratur.....	s. 8
2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk av litteratur.....	s. 9
2.3.1 Validitet.....	s. 9
2.3.2 Reliabilitet.....	s. 10
2.4 Analyse av data.....	s. 11
3.0 HJERTESVIKT.....	s. 12
3.1 Hva er hjertesvikt?.....	s. 13
3.2 Symptomer og tegn.....	s. 14
3.3 Medikamentell behandling.....	s. 15
3.4 Ikke- medikamentell behandling.....	s. 16
4.0 SYKEPLEIE I HJEMMET.....	s. 17
4.1 Kronisk sykdom.....	s. 17
4.2 Å leve med kronisk hjertesvikt i hjemmet.....	s. 19
4.3 Hjemmesykepleie.....	s. 20
5.0 OMSORG I SYKEPLEIE.....	s. 20
5.1 Syn på mennesket.....	s. 20
5.2 Syn på omsorg og sykepleie.....	s. 22
5.3 Syn på mestring.....	s. 23
6.0 FORSKNINGSFUNN OM ELDRES OPPLEVELSER OG ERFARINGER MED Å LEVE MED KRONISK HJERTESVIKT.....	s. 24
6.1 Erkjennelse av tap i livet.....	s. 25
6.2 Frykt og usikkerhet.....	s. 26
6.3 Sosial isolasjon.....	s. 26
6.4 Endringer i roller.....	s. 27
7.0 Å KUNNE FØLE TRYGGHET OG VÆRE SOSIALT AKTIV I ET LIV MED KRONISK HJERTESVIKT.....	s. 28
7.1 Kommunikasjon og samhandling.....	s. 28
7.2 Veiledning og kunnskap om egen sykdom.....	s. 32
7.3 Kontinuitet og tilstedeværelse.....	s. 36
8.0 KONKLUSJON.....	s. 39
REFERANSELISTE.....	s. 40
Vedlegg 1: Pico- skjema	
Vedlegg 2: Søketreff	

## 1.0 INNLEDNING

Hjertesvikt har en stadig økende forekomst, og er på verdensbasis en av de mest utbredte sykdommene. Hjertesvikt utvikles gradvis, og vil på sikt gi store konsekvenser for individet. I møte med individet vil vi møte tanker, følelser og reaksjoner knyttet til et liv med kronisk hjertesvikt. Dette viser til at hjertesvikt er en sykdom med høy relevans for sykepleiefaget.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling bygger på egne erfaringer fra ulike praksisfelt, samtidig som kronisk hjertesvikt er en utbredt sykdom som gradvis er i vekst. Kronisk hjertesvikt er en sykdom som vi vil møte i ulike arenaer i praksis, som bekrefter at relevansen for sykepleiefaget er høy. Vi synes hjertesvikt og menneskets betydning av å leve med denne sykdommen er interessant og spennende, grunnet et klinisk endret sykdomsbilde som følge av sykdommens konsekvenser og tilhørende utfordringer knyttet til mestring og helse.

Utfordringene bygger på opprettholdelse av god helse og mestre å leve med hjertesvikt, her sykepleieren vil ha en sentral rolle grunnet behovet for oppfølging, observasjoner, behandling og veiledning. Som sykepleiestudenter har vi møtt mennesker med ulike kroniske sykdommer, som inspirerer oss til å gjennomføre dette litteraturstudiet for å øke vår faglige kompetanse på et bestemt faglig område.

Vi har valgt å legge vekt på eldre fordi statistikk og forskning viser til at antall eldre vil øke i årene fremover, hvor antall eldre over 67 år vil fordobles frem til 2050. Dette sier noe om at eldre mennesker over 67 år er en aldersgruppe vi vil møte mye i helsevesenet, som vil føre til økt forekomst av hjertesvikt (*Helse- og omsorgsdepartementet, s.a.*). Med dette grunnlaget har vi formulert følgende problemstilling:

”Hvilke faktorer har betydning for at eldre hjemmeboende pasienter med hjertesvikt skal mestre å bo hjemme?»

#### 1.1.1 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

I dette underkapittelet har vi valgt å presentere definisjoner av sentrale begreper som vi anvender i vår problemstilling, siden de fleste begreper og ord er flertydige og kan samtidig

varierte fra fagmiljø til fagmiljø. Vi velger å benytte oss av gyldige definisjoner, for å forsikre oss om at begrepene fanger opp det de skal fange opp (*Dalland, 2007*).

*Faktor* er et begrep som er benyttet i litteraturstudiet og står for medvirkende omstendighet og eller medvirkende forhold (*Faktor, s.a*).

*Eldre* er et begrep som er benyttet i litteraturstudiet og omhandler personer mellom 67- 74 år (*Engedal, s.a*).

## 1.2 Formål med oppgaven

Formålet med dette litteraturstudiet er økt kunnskap om hjertesvikt, og økt forståelse av menneskets opplevelse av å leve med en kronisk hjertesvikt. Vi ønsker å fremme vårt personlige engasjement og faglige kyndighet, ved å belyse fagligheten og betydningen av å leve med kronisk hjertesvikt. Hjertesvikt påvirker alle aspekter av menneskets liv, og vil derfor ha høy relevans innenfor vårt arbeidsområde. Relevansen viser til at vi som sykepleiere skal være faglig oppdatert om sykdommen og behandlingsmulighetene, samt kartlegging av ressurser og gi støtte og oppmuntring til å takle sykdommen (*Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008*). Vi ønsker å videreutvikle oss til å bli dyktige på teoretisk- analytisk kompetanse og praktisk kompetanse. Dette er vårt faglige formål med oppgaven, samtidig som det foreligger et formelt mål om å bestå avsluttende eksamen i bachelor i sykepleie (*Dalland, 2007*).

## 1.3 Avgrensninger i oppgaven

I litteraturstudiet har vi valgt å sette fokus på eldre enslige hjemmeboende med kronisk hjertesvikt, hvor sykepleie utøves i hjemmet. Vi har valgt å vektlegge faktorer som har betydning for at eldre hjemmeboende skal mestre kronisk hjertesvikt i eget hjem, hvor sykepleieperspektivet og aktuelle tiltak har en sentral rolle. Medikamentell og ikke-medikamentell behandling er nevnt for å skape helhet, men ikke nøye beskrevet siden dette ikke er direkte relevant for oppgavens problemstilling. Vi har i tillegg valgt å gå bort ifra pårørendes rolle, siden problemstillingen bygger på individperspektivets psykiske og fysiske dimensjoner.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

*Kapittel 1* er innledningskapittelet i litteraturstudiet som inneholder en begrunnelse for valg av tema og selve presentasjonen av problemstillingen, samt oppgavens avgrensninger.

*Kapittel 2* er et metodekapittel hvor vi presenterer litteraturen som vi har anvendt i oppgaven, kvalitetsvurdering og kritisk vurdering av litteratur og forskningslitteratur som er benyttet. Dette bygger på validitet, reliabilitet og en analyse av data.

*Kapittel 3* er oppgavens første teorikapittel, hvor vi presenterer forekomsten av hjertesvikt, hjertesvikt som sykdom og hva sykdommen innebærer knyttet til symptomer og behandling.

*Kapittel 4* er oppgavens andre teorikapittel som vektlegger kronisk sykdom, hvordan det er å leve med kronisk sykdom og hjemmesykepleie i praksis.

*Kapittel 5* er oppgavens tredje teorikapittel, hvor vi presenterer sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsfilosofi som omhandler deres menneskesyn, omsorg og sykepleie, og deres syn på mestring.

*Kapittel 6* er teoridelens siste kapittel hvor vi presenterer aktuelle funn fra forskningslitteraturen som vi systematisk har delt inn i 4 underkapitler som viser til hovedfunn inndelt i temaer.

*Kapittel 7* er oppgavens problemløsende del hvor vi drøfter oppgavens teoretiske referanseramme, aktuell forskningslitteratur og egne erfaringer fra praksisfeltet opp mot hverandre, knyttet til aktuelle sykepleietiltak. Kapittelet er systematisk inndelt og innebærer en systematisk gjennomgang for å få et oversiktlig og et helhetlig kapittel.

*Kapittel 8* er oppgavens konklusjon som innebærer en liten oppsummering av litteraturstudiets hovedresultater og en beskrivelse av betydningen i sykepleiepraksis.

## 2.0 METODE

I dette kapittelet tar vi for oss oppgavens metodedel, hvor en presentasjon av litteratursøk og fremgangsmåte, kvalitetsvurdering og kildekritikk, og en analyse av data er sentrale temaer.

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Et litteraturstudie er et studie av litteratur om et spesielt emne, begrep eller problemstilling. Den skal innebære en dekkende granskning og tolkning av litteraturen som finnes på et bestemt område eller et bestemt tema. Et litteraturstudie innebærer at vi systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteratur innenfor et emne eller et problemområde (*Forsberg & Wengstrøm, 2008*).

### 2.2 Litteratursøk og fremgangsmåte

Litteraturstudiet krever mer enn pensumlitteratur, og vi har derfor lagt ned en god jobb for å få oversikt over bibliotekets faglige profil. Retningslinjene i sykepleie viser til at besvarelsen skal bygge på minimum 400 sider selvvalgt litteratur, inkludert forskningsartikler. For å finne god og relevant litteratur som er knyttet opp til vårt tema og problemstilling, valgte vi å søke gjennom BibSys.

Vi jobbet nøye for å finne gode og relevante søkeord, hvor vi benyttet Ordnett for å finne gode engelske ord, samtidig som MeSH- termer i ulike databaser ble benyttet. Dette er standardiserte ord som beskriver hva selve boken/artikkelen handler om. I tillegg brukte vi PICO- skjemaet til god hjelp, for å klargjøre og formulere problemstillingen til litteratursøk, samtidig skape struktur og presise ord. Dette er avgjørende for å kunne arbeide kunnskapsbasert. PICO hjelper oss til å presisere hvilken pasient og eller pasientgrupper det dreier seg om, hva vi ønsker å vurdere og hvilke utfall og eller endepunkter vi er interessert i, se vedlegg 1 (*Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinar, 2012*).

Vi har søkt i databaser som vi har kjennskap til, og har benyttet i tidligere oppgaver grunnet gode erfaringer med databasene. Databasene er Ageline, Cinahl, Embase, Science Direct, Medline, Ovid Nursing og SveMed+. Dette er databaser som dekker sykepleie, fysioterapi og



andre helsefagområder, og har referanser til flere tusen ulike tidsskrifter fra forskjellige land, hvor norske sykepleietidsskrifter også er inkludert.

Vi valgte å søke etter forskning fra 2000 og frem til i dag, og benyttet avanserte søk i de ulike databasene. Vi benyttet trunkering og standardiserte emneord, for å gå bort ifra synonymer og ulike stavemåter. Vi benyttet relevante søketeknikker ved å kombinere søkeord, og benyttet boolske operatører som AND og OR. Ved å kombinere søket med AND avgrenses selve søket ved kun å gi treff på artikler der begge søkeordene er med, mens kombinert søk med OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet (*Nordtvedt et al, 2012*). Avansert og kombinerte søk, samt antall treff i databasene utdypes i vedlegg 2. Fra søkene i databasene fikk vi forskjellige treff ut i fra ulike søkeord vi benyttet. For å få tilgang til hele artikler og vitenskapelige artikler krysset vi av for full text og peer review. I Science Direct og SweMed+ benyttet vi oss av søkeordene Heart failure AND Coping. I Science Direct fikk vi 13150 og i Svemed+ fikk vi 3 treff. Ut i fra hvilke databaser vi har benyttet oss av, har vi prøvd å søke med ulike ord for å se om dette kunne gi oss treff på andre artikler. I Ageline benyttet vi først søkeordene Heart failure AND coping AND cognestive som utgjorde 6 treff, mens når vi søkte med heart failure AND experiences fikk vi 19 treff. Dette viser til viktigheten av å prøve ulike søkemonitorer for å få et best mulig utbytte av søkeresultatene.

### 2.2.1 Presentasjon av forskningslitteratur

I dette underkapittelet vil vi kort presentere forskningslitteraturen som vi har benyttet i litteraturstudiet, hvor en kort oversikt over hvilke artikler som er benyttet og hva slags type forskning som er tatt i bruk, samt en kort omtale om hva hver artikkel handler om. Vi har valgt å presentere artikler av samme forskningstype sammen.

Artiklene av Yu, Lee, Kwong, Thompson & Woo (2007), Graven & Grant (2013), Welstand, Carson & Rutherford (2009), Barremo, Bruce, Salander & Sundin (2008) og Rhodos & Bowles (2002) er alle 5 review artikler som viser til egne erfaringer og opplevelser av individer med hjertesvikt, og hvordan eldre mennesker lever med sykdommen. Formålet er økt forståelse av hva som kjennetegner individets opplevelse av å leve med hjertesvikt, og hvordan endringer påvirker livskvaliteten.

Ekman, Ehnfors & Norberg (2000) og Gustavsson & Bränholm (2003) har utgitt to kvalitative forskningsstudier som undersøker individets erfaring med å leve med hjertesvikt og de viser til sammenhengen mellom helse, opplevelse og mestring.

Bosworth, Steinhauser, Lindquist & Grambowski (2004) artikkel bygger på individets opplevelse av å leve med hjertesvikt og deres oppfatning av hvordan sykdommen påvirker deres livskvalitet. Dette er også noe Jeon, Kraus, Jowsey & Glasgow (2010) presenterer i sin artikkel, men vektlegger kvinners erfaringer.

### 2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk

Kvalitetsvurdering og kildekritikk innebærer en vurdering av kvaliteten på litteraturen, samtidig som det er metodene som benyttes for å fastslå om en kilde er sann. Dette kapittelet omhandler vurderinger og karakteriseringer av kilder som blir benyttet i litteraturstudiet. Formålet med metode som kapittel, bygger på å vise leseren at vi er i stand til å forholde oss kritiske til kildematerialet som vi har benyttet. Med dette mener vi at kvalitetsvurdering og kildekritikk vil gi leseren et innblikk i ulike refleksjoner som vi har foretatt oss, samt hvilken relevans og gyldighet valgt litteratur har når det gjelder belysning av vår problemstilling (Dalland, 2007).

Vi har lagt vekt på validitet og reliabilitet i vår kvalitetsvurdering og kildekritikk av litteratur, hvor vi har lagt til grunn ulike punkter i vår vurdering som bygger på gyldighet, pålitelighet, relevans, hva slags tekst det dreier seg om, hvem som er forfatter og formål.

#### 2.3.1 Validitet

Validitet står for relevans og gyldighet. Vi har vurdert artikler og litteratur ut i fra om stoffet har vært relevant ovenfor vår problemstilling (Dalland, 2007). Vi har hatt fokus på å finne fagstoff og forskning av nyere dato, og har valgt å benytte oss av forskningslitteratur fra 2000 – 2013. Vi hadde i utgangspunktet begrenset søkene fra 2005 - 2013, men fant også noen aktuelle forskningsartikler av tidligere dato, som vi har vurdert og til slutt valgt å benytte i oppgaven, da vi mener at relevansen er høy ovenfor problemstillingen. I forhold til bøker har

vi i hovedsak benyttet oss av bøker fra 2006 – 2012, dette er for å kunne bruke fagstoff som er av nyere tid, som er oppdatert. Vi har 5 bøker fra 1998 – 2004, disse har vi vurdert som aktuelle da de inneholder teori om omsorgsfilosofene Benner og Wrubel som vi har valgt som teoretikere, og hvordan det er å leve ett liv med hjertesvikt i hjemmet. Bøkene vi har valgt er med grunnlag av kjennskap til noen av forfatterne, samt kjennskap til pensum.

Forfattere og bøker vi har valgt å benytte er blant annet boken til Benner og Wrubel (2001). Patricia Benner har sin bakgrunn som førsteamanuensis ved institutt for sykepleie ved universitetet i California i San Francisco, mens Judith Wrubel har sin fra samme universitet som assisterende klinisk professor ved institutt for sykepleie. Deres omsorgsteori bygger på stress og mestring av sykdom, og et interessant syn på omsorg og sykepleie til mennesket, noe som bekrefter vårt valg av sykepleieteoretikere og relevans til oppgavens fagområde.

Vi har benyttet boken til Gjengedal og Hanestad (2007), som bygger på faglitteratur om kronisk sykdom. Eva Gjengedal har en doktorgrad i samfunns- og sykepleievitenskap. Hun har arbeidet som førsteamanuensis og seksjonsleder ved seksjon for sykepleievitenskap i institutt for samfunnsmedisinske fag ved universitetet i Bergen. Berit Rokne Hanestad har også en doktorgrad i samfunns- og sykepleievitenskap og har jobbet som professor ved seksjon for sykepleievitenskap.

Boken av Elin Fjerstad (2010) valgte vi på grunn av bokens faglige innhold som kombinerer forskning og teori, samtidig som hun er spesialist i klinisk psykologi.

En siste bok vi har lyst til å presentere er boken til Marit Kirkevold (1998). Marit er utdannet sykepleier i Norge og har en doktorgrad i sykepleie fra USA. Hun er ved utgivelse av boken professor ved institutt for sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo, og presenterer Benner og Wrubels omsorgsfilosofi som er omsorgsteoretikerne i vår oppgave.

Vi mener at deres bakgrunn og utdanning skaper relevans og gyldighet, noe vi tolker som en bekreftelse på at kildene er sanne og overensstemmende med virkeligheten.

### 2.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet er sammen med validitet to krav som må være oppfylt i et litteraturstudie. Dette bygger på anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav, som viser til at metodene skal være troverdig kunnskap. Reliabilitet som krav i metode bygger på pålitelighet

(Dalland, 2007). Vi har erfart at ulike data er relevante i utgangspunktet, men det må være samlet inn på en slik måte at pålitelighet er tilstede.

I forhold til reliabilitet har vi vurdert om vi kan stole på svarene som forskningslitteraturen gir ut i fra deltakere og informanter, og om funnene er pålitelige i nye sammenhenger. Vi har sett etter selvkritiske refleksjoner av datainnsamling, analyse av data og konklusjoner, og om det er noe som styrker innholdets troverdighet. I forhold til forskningslitteraturens pålitelighet har vi vurdert artiklene etter IMRaD- prinsippet, noe som alle artiklene innfrir, og er samtidig innhentet fra gode pålitelige databaser som tidligere beskrevet.

Forskningslitteraturen er i hovedsak kvalitativ forskning, hvor vi har vært kritiske og oppmerksomme med tanke på at kvalitativ forskning skal belyse meninger og opplevelser. Grunnen til at vi endte opp med 9 ulike artikler og har pålitelighet til disse, kan begrunnes med at artiklene går i dybden og får frem det særegne og det som er spesielt, samt hva som eventuelt er avvikende. Artiklene vi har benyttet bekrefter at det er god kvalitativ forskning fordi dataene bygger på en helhet og en sammenheng, samtidig som de tar sikte på å få frem forståelse. Dette synes vi er viktige punkter som styrker gyldigheten og påliteligheten i forskningslitteraturen, samtidig som relevansen for problemstillingen er høy. Dette viser til pålitelighet siden forskningslitteraturen vi har benyttet innfrir disse kjennetegnene som innebærer i kvalitativ metode. Med dette grunnlaget tolker vi at resultatene i forskningslitteraturen er i overensstemmelse med virkeligheten, og sees på som sanne kilder.

## 2.4 Analyse av data

Vi har valgt å benytte analyse av data som et granskningsarbeid hvor meningen bygger på at vi skal finne ut hva materialet har å fortelle oss (Dalland, 2007). For å finne ut hva forskningslitteraturen forteller oss, valgte vi å foreta en analyse av aktuell forskningslitteratur som bygger på 13 ulike artikler, som vi valgte ut ifra overskrifter av interesse og sammendrag i de ulike databasene. På forhånd valgte vi å utarbeide et eget komponert skjema over valgte artikler, for å lage en oversikt for oss selv, samtidig som vi så på dette som et godt hjelpemiddel. Dette skjemaet forteller oss hvilke databaser de ulike artiklene stammer ifra, hva hver artikkel omhandler, hvilke søkeord som er benyttet i hvert artikkelfunn, kombinasjon av søkeord, antall treff i hver database, antall vurderte artikler, forfatter/ forfattere, årstall og

navn på utvalgt artikkel. Dette ga oss en god oversikt over hvilke artikler som deltok i vår analyse.

Vår analyse av data innebærer en systematisk gjennomgang av forskningslitteratur fra 13 ulike artikler, hvor vi valgte å streke under og legge merke til viktige punkter som bygget på relevans for vår problemstilling som er egne erfaringer og opplevelser av å leve med hjertesvikt. Vi leste med et kritisk blikk for å finne gode beskrivelser av egne erfaringer og opplevelser som bygger på både positive og negative opplevelser av å leve med hjertesvikt. På denne måten kunne vi analysere i første omgang hvilke artikler som hadde høy relevans for vår problemstillingen, og hvilke artikler som var irrelevante for problemstillingen. Denne systematiske gjennomgangen av forskningslitteraturen ga oss en god oversikt over hovedfunnene, samtidig som det skapte en god oversikt over hvilke artikler som hadde høy relevans for litteraturstudiet. Denne analysen av data førte til at vi kunne utelukke 4 artikler som ikke hadde høy relevans for problemstillingen. En systematisk og detaljert gjennomgang av gjenværende 9 artikler, viste hovedfunnene fellestrekk av tematikk knyttet til eldre personers egne erfaringer og opplevelser av å leve med hjertesvikt, noe som bidro til at vi kunne dele forskningslitteraturens hovedfunn inn i 4 temaområder. Tross inndeling av 4 temaområder, ser vi at noe overlapping på tvers av temaer kan forekomme i presentasjonen.

### 3.0 HJERTESVIKT

I dette kapittelet presenterer vi teori som omhandler hva hjertesvikt er, hvilke symptomer og tegn som er aktuelle knyttet til sykdommen, samt medikamentell og ikke- medikamentell behandling. Vi ser på dette kapittelet som aktuelt og relevant for å kunne skape en forståelse for resten av litteraturstudiets omfang.

Hjertesvikt er et av de største helseproblemene vi har i dag, og tallene er gradvis stigende, noe som hovedsakelig skyldes lengre levealder og antall eldre øker (*Gustavsson & Bränholm, 2003*). Hjertesvikt forekommer hos 1- 2 % av befolkningen, og dette utgjør 80.000- 100.000 som til enhver tid lider av hjertesvikt (*Oslo- universitetssykehus, 2012*). Forekomsten av hjertesvikt er knyttet til redusert livskvalitet, høy sykkelighet og dødelighet. Rundt 50 % av de som lider av hjertesvikt dør innen fire år, mens de 50 % med alvorlig hjertesvikt dør innen ett

år (*Gullestad & Madsen, 2004*). På verdensbasis har hjertesvikt blitt en av de mest utbredte kroniske lidelsene, og forekomsten er gradvis økende (*Norsk helseinformatikk, 2013*).

### 3.1 Hva er hjertesvikt?

Hjertesvikt omhandler en tilstand hvor hjertets pumpeevne er svekket, og evnen til å yte like mye som ett friskt hjerte er redusert betraktelig (*Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2012*). Grunnet redusert pumpeevne, fører dette til et redusert minuttvolum (*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke [LHL], s.a.*). Først og fremst ved belastning, men også i hvile etter hvert som sykdommen utvikler seg. Hjertesvikt blir betegnet som en langsom sykdom, der individet svekkes gradvis. Hjertesvikt kan deles inn i forskjellige grupper ut ifra alvorlighetsgrad (*Jacobsen et al, 2012*).

NYHA- Klasse I har pasienten ingen symptomer på hjertesvikt ved vanlig fysisk aktivitet.

NYHA- Klasse II begynner pasienten å få symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet.

NYHA- Klasse III har pasienten symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet.

NYHA- Klasse IV har pasienten symptomer på hjertesvikt i hvile og økende symptomer ved fysisk aktivitet (*Madsen, Gullestad, Nitter- Hauge & Westheim, 1999, s.6.*)

Kroppens anatomiske funksjon bidrar til at perfusjonen i hjertet, hjerne, muskulatur og endokrine organer blir prioritert, og kan opprettholdes lengst mulig (*Sand, Sjaastad, Haug & Bjåle, 2009*). På grunn av prioritering av organer, vil perfusjonen bli redusert i lever og nyre. Dette fører til at vann og natrium holdes tilbake i kroppen, noe som vil gi økt blodvolum og økt belastning på hjertet. Det finnes to typer hjertesvikt, høyre og venstre svikt. Ved høyresidig hjertesvikt blir blodet stuvet tilbake i det store kretsløpet. Individet vil få venestuvning som vil synes godt på halsen, samtidig som leveren og milten blir forstørret. Dette skyldes økt blodmengde i disse organene. Ved venestuvning blir det økt trykk i kapillærene, og væsken siver ut. Det er denne væsken som blir til ødemer. Ved venstresidig hjertesvikt stuves blodet tilbake i lungekretsløpet grunnet redusert pumpeevne. Dette fører videre til økt trykk i lungekapillærene, og væsken vil sive inn i skilleveggen mellom kapillærene og lungealveolene. Dette fører til at barrieren mellom blod og luft blir tykkere, og pasienten vil få større problemer med at puste på grunn av redusert diffusjon (*Jacobsen et al, 2012*).

### 3.2 Symptomer og tegn

Hjertesvikt kan gi ulike typer symptomer, men dette kan variere ut ifra hvilken type hjertesvikt som ligger til grunn. Symptomene kan være akutte eller komme gradvis (*LHL, s.a.*). Et av de første symptomene som ofte forekommer ved hjertesvikt er dyspnoe, som er en subjektiv følelse individet har av at han ikke får nok luft (*Madsen et al, 1999*).

Ortopné er en annen form dyspné, som vi utenom fagspråket kaller tungpust. Når individet legger seg ned vil blodmengden i det lille kretsløpet øke, og individet vil bli tungpustet. Hvis individet setter seg opp i sengen vil blodmengden reduseres, og det vil bli lettere å puste (*Jacobsen et al, 2012*).

Nykturi er også noe som ofte oppstår ved hjertesvikt, og innebærer at individet våkner om nettene med et behov om å late vannet. Dette skyldes at kroppen skiller ut overskuddet som har samlet seg i løpet av dagen, samtidig som bruken av diuretika også er en årsak hos de fleste eldre (*Madsen et al, 1999*). Årsaken til nykturi er at hjertet klarer å tilfredsstille kroppens krav til minuttvolum når pasienten ligger i ro om natten. Nyrene får den blodforsyningen som de trenger, og utskillelsen av natrium og vann skilles ut, og pasientens trang om vannlatning øker (*Jacobsen et al, 2012*).

Ødemer i bein er et symptom som ofte forekommer hos pasienter med hjertesvikt (*Madsen & Gullestad, 2004*). Dette skyldes at hjertets pumpeevne er svekket, noe som fører til væskeansamlinger i kroppen. Væsken samler seg i beina og i indre organer som blant annet lunger, noe som fører til ortopnè (*Nasjonalforeningen for folkehelse, 2011*).

Tretthet er et symptom som vil oppstå etter hvert som hjertesvikten utvikler seg, og du vil orke mindre enn tidligere (*Madsen et al, 1999*). Årsaken til dette er at blodvolumet strekker ikke til ut ifra kroppens behov, og pasienten opplever dette som en belastning og klarer ikke å være i aktivitet (*LHL, s.a.*).

Hoste, dårlig matlyst, vekttap, konsentrasjonsvansker og svimmelhet er også symptomer som oppstår hos de fleste med hjertesvikt, hvor pasientene opplever dette som plager og mange vil bli engstelige. Andre kjente symptomer og funn ved hjertesvikt kan være rask puls og cyanose

på lepper. Når det gjelder blodprøver vil det være sentralt viktig å følge med på individets referanseområde når det gjelder CRP, Senkning, Hemoglobin, Leukocytter, elektrolytter, Kreatinin, Tropon T, proBNP og Leverenzymmer. Dette er objektive symptomer som er viktige med tanke på utviklingen av hjertesvikten til hver enkelt og individets tilstand (*Madsen et al, 1999*).

### 3.3 Medikamentell Behandling

Hovedmålet med medikamentell behandling av hjertesvikt er å gi individet bedre funksjonsevne og økt overlevelse (*Schenck- Gustafsson, 2011*). Dagens moderne legemiddelbehandling av hjertesvikt har bidratt til å redusere dødeligheten og sykkeligheten i betydelig grad. Hjertesvikt krever en livslang behandling med en kombinasjon av flere legemidler, samtidig som ikke- medikamentell behandling har en sentral rolle (*Nordeng & Spigset, 2007*). Dagens medikamentelle behandling er basert ut ifra en rekke studier, og består av ACE- Hemmer, Betablokker, Slyngediuretika og Digitalis (*Schenck- Gustafsson, 2011*).

ACE- Hemmer blir brukt i behandlingen, og har en dokumentert gunstig effekt. ACE- Hemmer er en forkortelse for angiotensin- konvertase- hemmer, og danner selve ryggraden i all behandling av hjertesvikt, forlenger livet og øker livskvaliteten. ACE- Hemmere reduserer arbeidsbelastningen på hjertet, fordi legemiddelet reduserer den arterielle motstanden, og hemmer aldosteron som gir mindre væskeretensjon. Redusert arbeidsbelastning på hjertet, vil gi hjertet muligheten til å øke pumpekraften og slagvolumet. Virkingen fører til økt mengde blod som blir sendt ut i fra hjertet. Eksempler på preparatnavn på ACE- Hemmere er Triatec, Lisinopril og Ramipril (*Noreng & Spigset, 2007*).

Betablokker er også et medikament som benyttes ved hjertesvikt, for å hindre at adrenalin og noradrenalin bindes til betareseptorer i hjertet, og hjertefrekvensen reduseres. Dette vil føre til at blodforsyningen i hjertet øker, siden tiden mellom hvert hjerteslag øker grunnet redusert hjertefrekvens. Dette reduserer også hjertets kontraksjonskraft, og hjertet vil bruke mindre energi for hvert hjerteslag. Dette er en viktig virkning siden hjertesvikt preges av energimangel i cellene. Eksempler på preparatnavn på Betablokkere er Sele- Zok, Emconcor og Metropolol (*Noreng & Spigset, 2007*).



Slyngediuretika har en sentral rolle i behandlingen, fordi diuretika hindrer at Klor, Natrium og kalium tas opp igjen i kroppen, og det blir en økt saltmengde som binder vann i urinen og mengde urin vil øke. Dette fører til økt utskilling av Natrium og vann, som vil redusere væskeoverskuddet i kroppen, og ødemene vil reduseres. Samtidig vil belastningen på hjertet reduseres, grunnet redusert volum. Diuretika har også en tilleggseffekt som fører til en utvidelse av vener og arterier, på grunn av frigjøringen av prostasyklin. Eksempler på preparatnavn på diuretika er Burinex, Diural og Furix (*Nordeng & Spigset, 2007*).

Digitalpreparater som digitoksin og digoksin øker hjertets kontraksjonskraft og gir en liten reduksjon i hjertets frekvens, grunnet en hemning av Natrium og Kalium i hjertemuskulaturen og stimulerer samtidig den parasympatiske aktiviteten i hjertet. Eksempler på preparatnavn på Digitals er Lanoxin og Digitoxin (*Nordeng og Spigset, 2007*).

### 3.4 Ikke- Medikamentell behandling

Saltrestriksjon er viktig hos personer med hjertesvikt, siden salt binder væske i kroppen og øker plasmavolumet og blodtrykket blir forhøyet (*Knutstad, 2008*). Dette fører til væskeansamling i kroppen, som vil gi økt ødemer og tungpust på grunnet væske i lungene (*Nasjonalforening for folkehelse, 2011*). Det er derfor viktig å unngå sterkt saltet mat og ekstra salt i matlagingen (*Madsen & Gullestad, 2004*).

Væskerestriksjon er viktig for personer med hjertesvikt som plages med ødemer grunnet væskeansamling. Dette innebærer at individet har maksimal drikkemengde på 1200 ml daglig. Væskerestriksjon er en del av hjertesviktbehandlingen, for mye væske vil føre til økt blodvolum og ytterligere arbeidsbelastning på hjertet, dette vil føre til økt væskeansamling i kroppen fordi hjertet ikke klarer å opprettholde minuttvolumet (*Knutstad, 2008*). Her ser vi sammenhengen mellom væskerestriksjon og bruken av slyngediuretika, som vil være en viktig balanse. Dette kontrolleres med væskeregnskap og daglig måling av vekt (*Nordeng & Spigset, 2007*).

Røykestopp er nødvendig, fordi røyk reduserer oksygenopptaket i blodet, og disponerer for trombose og eventuelt lungesykdom. Røyking har en negativ innvirkning, og bør unngås.

Røykestopp vil gi personer med hjertesvikt stor helsegevinst, kombinert med bevisstgjøring (*Knutstad, 2008*).

Fysisk aktivitet er viktig, fordi fysisk aktivitet reduserer muskelsvinn grunnet bedre muskelgjennomblødning som fysisk aktivitet fører til. Fysisk aktivitet er individuelt og aktivitetsnivået må tilpasses hver enkelt. I tillegg kan fysisk aktivitet gi bedre utnyttelse av oksygenet, samt normalisere blodtrykket. Tross mye å ta hensyn til, beviser studier at fysisk aktivitet bedre livskvaliteten og mulig prognosen (*Knutstad, 2008*).

#### 4.0 SYKEPLEIE I HJEMMET

Dette kapitlet omhandler sykepleie i hjemmet. Vi viser til hvordan det er å leve med kronisk hjertesvikt i hjemmet og hvilke utfordringer dette kan innebære. I siste del av kapitlet vil vi presentere hjemmesykepleie, hva hjemmesykepleie innebærer og knytte dette opp mot lovverk.

##### 4.1 Kronisk sykdom

Kronisk sykdom er en bestemt sykdom som utvikles gradvis og langsomt, samtidig som den oftest vil vare livet ut. Dette tilsier at sykdommen ikke vil gå over av seg selv, eller etter endt behandling, som skiller kronisk sykdom fra akutt sykdom (*Lorig, Holman, Sobel, Laurent, Minor & 2010*).

Kronisk sykdom forbindes ofte med svakhet, hvor evnen til styrke er sentral (*Fjerstad, 2010*). Når kronisk sykdom oppstår i individets hverdag, vil den være en faktor som bidrar til at livet endrer seg, og utfordrer dine mestringsevner som individ (*Mæland, Fugleli, Høyser & Westin, 2004*). Livet vil ikke bare endre seg for den som er syk, men også individets familie og venner. Kronisk sykdom kan være utfordrende, og vil i flere tilfeller gripe inn i dagliglivet, som automatisk vil skape nye betingelser når det gjelder livsutfoldelsen (*Gjengedal & Hanestad, 2007*). Kronisk sykdom kan fremtre i mild form som gir lite ubehag og lindres effektivt, på en annen side være invalidiserende og belastende (*Lorig et al, 2010*). Tross flere forskjeller i kroniske sykdommers alvorlighetsgrad, ulike diagnoser og uttrykksform, har

individene noe til felles med tanke på å basere seg på en hverdag som kronisk syke (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Ulike kroniske sykdommer har ingen oppskrift på hvordan hver enkelt skal takle, tolke og leves med, og evnen til mestring følger ikke med de ulike diagnosene (Helsedirektoratet, 2012). Kronisk sykdom vil stille krav til individet, samtidig som store påkjenninger vil være fremtredende og tilstede. Her vil evne til effektiv og god mestring være avgjørende, med tanke på tilpasning til ny virkelighet, som vil bidra til å sette individet i stand til å se forskjellen på hva hun eller han må leve med, og eventuelt endre (Mæland et al, 2004). Dette knytter oss til individets fysiske forutsetninger når det gjelder helse og sykdom. Her vil innarbeidede ferdigheter, intelligens, vaner, kunnskaper og personlige ferdigheter ligge til grunn (Kirkevold et al, 2008). Dette understreker at individets kognitive og handlingsmessige aktiviteter er avgjørende for å vedlikeholde evnen til å bevare kroppslig og psykisk integritet (Mæland et al, 2004). En kronisk sykdom er sjeldent evigvarende stabil, men kan vise til en sykdom som vil veksle mellom gode og dårlige perioder. Kronisk sykdom blir sett på som utfordrende fordi man sjeldent kan forutse hvordan det vil gå på sikt. Her kan individet måle sine fellestrekk med individer som er helt friske, fordi ingen kan med sikkerhet si at de ikke vil bli rammet av funksjonssvikt i fremtiden. Forskjellen vil være at sannsynligheten for utviklingen vil være større hos den kronisk syke (Lorig et al, 2010). Å bli kronisk syk kan innebære og måtte leve sammen med uvissheten tilknyttet tap av trygghet og kontroll, som vil være en fiende for individets selvopplevelse (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Kronisk sykdom som hjertesvikt vil ha en belastende betydning for individets funksjon, mestring, velvære og livskvalitet. I et liv preget av hjertesvikt, vil behovet for hjelp være aktuelt for eldre for å kunne oppnå et tilfredsstillende liv. Hjertesvikt kan bidra til bekymring og usikkerhet i praksis, samtidig som det oppleves som et stort og betydelig følelsesmessig og mentalt arbeid. Dette bygger på utfordringer knyttet til å forstå sykdommens konsekvenser for livet, samt hvilke krav som stilles (Kirkevold et al, 2008).

## 4.2 Å leve med kronisk hjertesvikt i hjemmet

Ved hjertesvikt vil individet ofte trenge hjelp fra andre for å få dekket egne behov. Dette kan være hjelp av pårørende eller offentlig hjelp. Hvordan hver enkelt opplever dette er individuelt, og mange opplever dette som sårt og vanskelig å akseptere (*Kirkevold et al, 2008*). Å motta hjelp på områder som man tidligere har behersket bra alene, og samtidig få ukjente mennesker nært innpå seg, vil for mange føles ubehagelig og nedlatende. Dette kan bidra til følelse av kontrolltap og maktesløshet (*Graubæk, 2010*). Dette relateres til selve opplevelsen av å ha de kreftene som trengs til å møte utfordringer, samtidig opprettholde følelsen over eget liv (*Nasjonalt kunnskapssenter for læring og mestring, 2011*).

Utfordringene bygger på individets evne til å tilpasse seg endret kroppsupplevelse, lære seg å leve med ulike symptomer, forebygge sosial isolasjon, takle usikkerhet knyttet til sykdomsprogresjon, og revidere sosiale og personlige arbeidsmål (*Gjengedal og Hanestad, 2007*). I livet med hjertesvikt føler man seg ofte bundet til eget hjem, og er avhengig av å være hjemme til ulike og avtalte tidspunkter. Noen opplever å gå igjennom en prosess ved å godta ulike tekniske hjelpemidler i hjemmet og tilrettelegging av boligen, som kan vise til en følelse av at deres hjem er fremmedgjort og ubekvemt (*Kirkevold et al, 2008*). Hjemmet er viktig for identiteten for hver enkelt, og det bærer et symbol om trygghet. I hjemmet føler individet større kontroll og trygghet, og individet vil mestre situasjonen bedre (*Solheim, 1996*). Hverdagen med hjertesvikt preges av lidelse, passivitet og medisiner, som påvirker individet og utgjør en identitetsforandring. Fra å være sosial og aktiv, kan individet miste egen funksjon og motivasjon til å delta på sosiale aktiviteter, og det sosiale nettverket reduseres. Hjertesvikt bidrar til en forandring i livet, og alle aspektene berøres (*Lorig et al, 2010*). Dette gjelder evnen til egenomsorg. I livet med kronisk hjertesvikt vil evnen til egenomsorg reduseres, og blir tolket som individets omsorg for egne behov, dette inkluderer behovet for utvikling av personlige egenskaper (*Folkehelseinstituttet, 2001*). Evnen til egenomsorg er sammensatt, og det forutsetter kunnskaper, ferdigheter og motivasjon. Evnen til egenomsorg begrenses av ressurser, muligheter og kunnskaper. Motivasjon og viljen hver enkelt har til å utøve egenomsorgsaktiviteter er viktig, og for mange eldre er det sterkt motiverende og en stor drivkraft å være selvhjulpnen og i stand til å bo i eget hjem (*Kirkevold et al, 2008*).

### 4.3 Hjemmesykepleie

Sykepleie i hjemmet er et tilbud som omhandler pleie og omsorg til hjemmeboende grunnet svekket helse, sykdom, livssituasjon eller alderdom som viser til et nødvendig behov for helsehjelp i kortere eller lengre tid (*Fjørtoft, 2006*). Hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste som støttes av helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål innebærer forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, skade, lidelse og eller nedsatt funksjonsevne. Den viser til at vi som sykepleiere og annet helsepersonell skal bidra til å fremme sosial trygghet, bedre levevilkår, bidra til likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer ovenfor hvert enkelt individ. Loven sikrer den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig og samtidig ha et aktivt og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Hjemmesykepleie som tjeneste skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011*).

Hjemmesykepleiens overordnet mål er at hvert enkelt individ skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, og den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Hjelp i hjemmet innebærer helsefremming, forebygging, rehabilitering og eller lindrende funksjoner. Dette viser til at hjemmesykepleien er en omfattende og generell tjeneste. Individet i hjemmet skal motta nødvendig helsehjelp, få dekket sine grunnleggende behov og ikke stå i fare for å bli påført skader og eller unødvendige lidelser. Individet selv har et krav på å få sine grunnleggende behov dekket og muligheten til å opprettholde egen ivaretagelse av sin egenomsorg. Her er rettigheten til en verdig livsavslutning i eget hjem grunnleggende (*Fjørtoft, 2006*).

## 5.0 OMSORG I SYKEPLEIE

I dette kapittelet presenterer vi Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori knyttet til deres syn på mestring, sykepleie og mennesket.

### 5.1 Syn på mennesket

Patricia Benner og Judith Wrubel definerer mennesket ut i fra et fenomenologisk syn, basert på filosofien til Martin Heideggers. De mener det spesielle med hver enkelt person er at vedkommende lever i en verden og forholder seg til den på en meningsfull måte. En person er

en selvfortolkende skapning som skapes, og skaper seg selv i forhold til den konteksten individet befinner seg i gjennom livet (*Kirkevold, 1998*).

Benner og Wrubel (2001) trekker frem fire karakteristiske trekk ved det å være ett menneske. Kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender og å være plassert i en situasjon eller kontekst. De mener at disse fire trekkene gjenspeiler forbindelsen mellom personen og den sammenhengen han eller hun befinner seg i. Kroppslig intelligens er et bredt spekter av aktiviteter, fra gjenkjennelse av tidligere opplevelser som kjente ansikt og objekter. Mennesket får kunnskap via kroppen, og kroppens sanser og følelser er en form for kunnskap som hvert enkelt menneske er født med, og som utvikles gjennom livet og er noe mennesket er helt avhengig av (*Kirkevold, 1998*). Vi mennesker er en form for skapninger som innehar en ontologisk evne til å reagere aktivt på meningsfulle situasjoner (*Benner & Wrubel, 2001*).

Menneskets bakgrunnsforståelse bygger på Benner og Wrubels tankegang som mener at den forståelsen som et menneske mottar direkte ved å vokse opp i en bestemt kultur og familie. Menneskets bakgrunnsforståelse har en avgjørende innflytelse på hvordan vedkommende forstår verden (*Kirkevold, 1998*). Spesielle anliggender er et vesentlig aspekt ved å være menneske. Dette betyr at et menneske er involvert i noe, interessert i det, bryr seg om det og er opptatt av det. Ting vi bryr oss om, som i tillegg er viktig for oss som menneske og som vi bekymrer oss for. Grunnen til dette er at vi er opptatte av ting og mennesker, noe som fører til at vi involverer oss i verden. Denne måten å være involvert på kalles ofte concern. Kroppslig intelligens og bakgrunnsforståelse forklarer hvordan ett menneske er i verden, og kan fatte dens mening, forklarer et menneske spesielle anliggender hvorfor mennesket er involvert i verden. Situasjonsbegrepet er det siste sentrale begrepet. Mennesket befinner seg alltid i en situasjon. Med bakgrunn i kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender oppfatter og involverer mennesket seg i situasjoner ut i fra hvilken mening situasjonen har for vedkommende. Dette fører til at mennesket fungerer i situasjoner på en uhemmet måte. Uhemmet funksjon betyr at en person utfører sine gjøremål uten å måtte stoppe opp og tolke situasjoner han befinner seg i, og planlegge hva han skal gjøre videre. Situasjonene er en del av mennesket og mennesket en del av situasjonen (*Benner og Wrubel, 2001*).

Kontekstbegrepet omfatter også den tidsmessige situasjonen et menneske befinner seg i på det personlige plan. Det vil si det punktet i livet hvor personen er, med sin personlige livshistorie

som meningsbærende ballast. Videre også hvilket historisk, kulturell og sosiale sammenheng mennesket befinner seg i. I følge Benner og Wrubel skjer det forandringer i den konteksten mennesket befinner seg i forbindelse med nye og ukjente situasjoner som giftemål og sykdom. I slike situasjoner strekker ikke menneskets tidligere selvforståelse, bakgrunnsforståelse og kroppslige intelligens til for å fungere uhemmet. Mennesket må stoppe opp og reflektere over situasjonene. Denne typen brudd i uhemmet funksjon kaller Benner og Wrubel stress (*Kirkevold, 1998*).

## 5.2 Syn på omsorg og sykepleie

Benner og Wrubel understreker at det største målet med sykepleie er å hjelpe og styrke den andre til å bli hva han eller hun ønsker å være, dette innebærer å hjelpe individet til å leve ut sine spesielle anliggender i situasjoner hvor sykdom, tap og lidelse er tilstede. Benner og Wrubel gir ingen klar fremstilling på hvordan vi som sykepleiere skal forholde oss til individene på en korrekt og systematisk måte. Sykepleien skal ta utgangspunkt i selve individets opplevelse situasjonen og sine spesielle anliggender, når vi som sykepleiere skal hjelpe individet med å mestre sykdomsrelaterte, stressfylte situasjoner. Sykepleieren vet ikke hva som er best eller hvordan ulike situasjoner skal takles, dette må bestemmes i hver enkelt situasjon. For at individet skal mestre ulike situasjoner som sykdom, helsesvikt, tap og lidelse, må sykepleieren være aktivt tilstede og skape forståelse ovenfor hvordan individet opplever situasjonen. Sykepleierens viktigste oppgave er å skape mening i ulike situasjoner, ved å tolke ulike aspekter ved situasjonen. Dette innebærer tolkning av hva behandlinger og undersøkelser innebærer, og eller hvordan sykdommen utvikles. Sykepleie innebærer hjelp til å opprettholde individets håp, ved hjelp av åndelige og sosiale følelsesmessige ressurser som er til rådighet (*Kirkevold, 1998*).

Benner og Wrubels syn på omsorg bygger på mellommenneskelige forhold og verdsettelse, samt all menneskelig eksistens og sykepleie som fag. Benner og Wrubel tolker omsorg som det primære og selve fundamentet for alt liv. De definerer omsorg som en måte å forholde seg til verden på, som viser til at begivenheter, mennesker, prosjekter og ting betyr noe for mennesket. Dette knytter oss til individets tanker, følelser og handlinger (*Benner og Wrubel, 2001*). Omsorg blir sett på som en form for differensiering (*Kirkevold, 1998*). Syn på omsorg innebærer et bredt spekter som omhandler romantisk kjærlighet, til foreldrelig og

vennskapelig kjærlighet, fra omsorg til en hage, til omsorg til sitt arbeid, til omsorg for sine individer (*Benner og Wrubel, 2001*). Selve betydningen av omsorg vil skille det som er meningsfullt og betydningsfullt for et menneske, fra det vedkommende ikke ser på som vesentlig eller meningsfullt (*Kirkevold, 1998*). Benner og Wrubel vektlegger at omsorg ikke bare omhandler forhold mellom individer, men et verdiladet og differensiert forhold mellom et individ og det som er betydningsfullt og meningsfullt. Deres definisjon av betydningen av omsorg, mener de at skaper muligheter for individet og å oppnå ulike meningsfulle måter å mestre en situasjon på. Den fundamentale betydningen skaper muligheter for å motta hjelp og å yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold mener de vil bidra til å skape muligheter til å bry seg om den andre, og skape tillitt til individet. De vektlegger at omsorg knyttet til deres teori skaper en kontekst som vil være sentral i all sykepleie (*Kirkevold, 1998*). De mener at uten omsorg vil mennesket ikke ha noen prosjekter, og ikke være opptatt av noe. Dette begrunner de med at omsorg skaper en verden og fastlegger meningsfulle skillelinjer, og gir menneske motiver og retningslinjer (*Benner og Wrubel, 2001*).

### 5.3 Syn på mestring

I teorien til Benner og Wrubel knyttes mestring sammen med stress, for å beskrive deres syn på mestring, må vi ta for oss stress som begrep. «Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er hva man gjør med dette bruddet» (*Kirkevold, 1998, s. 203*).

De mener at stress er sentralt fordi det er selve opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Det er mange aspekter i livet som tidligere ble tatt for gitt, som ikke vil fungere i et liv med alvorlig kronisk sykdom. Stress og mestring knyttes sammen og relateres til hverandre fordi stress er individets fysiske, emosjonelle og eller intellektuelle opplevelsen av den ubesværede funksjonen som blir forstyrret. De vektlegger oppfattelsen av stress er et resultat som viser at individet ikke mestrer et problem godt nok. Her vil individets bekymringer, ferdigheter, bakgrunn og vaner ha stor betydning for hva som er stressende, og hvilke muligheter for mestring som er tilstede (*Benner & Wrubel, 2001*).

Det er enkeltindividets bakgrunn, ferdigheter og praksis som utgjør hva hver enkelt opplever som stressende, og hvilke type mestringsstrategier hver enkelt har. Dette til at mestring som



begrep kan knyttes til bestemte situasjoner eller hendelser fordi mestring skjer i samspill med mennesket og omgivelsene, og støttes av individuelle forutsetninger og på selve miljøet (Kirkevold, 1998). Benner og Wrubel (2001) fokuserer på at individet ikke kan velge mestringsstrategier fra en hylle, men hvert enkelt individs strategier vurderes ut ifra vedkomnes egenforståelse, vurdering og muligheter. Mestring betyr ikke å vinne eller takle en situasjon på en suksessfull måte (Kirkevold, 1998). Mestring uttrykker vår deltagelse for å håndtere og eller beherske situasjoner i hverdagen. Det er her definisjonen av mestring ligger til grunn, med tanke på at mestring defineres som et fellesuttrykk for individets kognitive og atferdsmessige anstrengelser, knyttet til evnen til å håndtere og eller beherske ulike situasjoner (Fjørtoft, 2006). Benner og Wrubel viser til at det ikke foreligger noe fasit å mestre ulike situasjoner på, og hva som er best i ulike situasjoner må avgjøres og tolkes i hvert enkelt tilfelle. Judith Wrubel viser tilbake til at omsorg i den betydning av å bry seg om noe, vil dette skape muligheter og gi opphav til meningsfulle måter å mestre ulike situasjoner (Kirkevold, 1998).

De vektlegger at mestring innebærer å kunne erkjenne og forholde seg til ulike følelser, og samtidig forholde seg rolig og anskaffe informasjon om situasjonen, noe som vi bidra til økt mestring på en bedre måte. Det finnes også situasjoner som man må dempe eller eventuelt legge til side andre følelser, for å være i stand til å fungere. Dette kaller Benner og Wrubel (2001) hensiktsmessig fokusert mestring. Avslapping, visualisering og desentivisering er også ulike typer mestring som vi kan benytte.

## 6.0 FORSKNINGSFUNN OM ELDRE PERSONERS OPPLEVELSER OG ERFARINGER MED Å LEVE MED HJERTESVIKT

I dette kapittelet presenterer vi innholdet i funn fra forskning som omhandler eldre personers opplevelse og erfaringer med å leve med kronisk hjertesvikt. Dette kapittelet bygger på resultater fra en analyse av forskningsfunn, noe som bygger på 4 hovedtemaer. Tross vår inndeling av 4 hovedtemaer, kan noe være overlappende.

Kronisk hjertesvikt blir beskrevet som en sykdom som innebærer symptomatisk og progressiv forverring (Yu et al, 2007), noe som har en stor påvirkning på det fysiske, psykologiske, emosjonelle og det sosiale livet til hvert enkelt individ (Gustavsson & Bränholm, 2003).

Grunnet økende insidens og prevalens av kronisk hjertesvikt, er denne sykdommen nesten en global epidemi (*Yu et al, 2007*).

Kronisk hjertesvikt er en dominerende sykdom hos eldre mennesker (*Yu et al, 2007*), samtidig som den begrenser lang levetid og reduserer deres livskvalitet (*Bosworth et al, 2004*). Funn i forskningen viser til fellestrekk når det gjelder hvilken påvirkning kronisk hjertesvikt har på menneskets liv, og deres evne til å takle sykdommen. Selv om det er individuelt hvordan hver enkelt opplever å leve med kronisk hjertesvikt (*Gustavsson & Bränholm, 2003*), er det allikevel felles bekymringer og temaer som er tilstedeværende i hver av de ulike forskningsartiklene (*Welstand et al, 2009*). Vi kan dele hovedfunnene inn i 4 ulike hovedtemaer:

### 6.1 Erkjennelse av tap i livet

Erkjennelsen av tap i livet viser til individets opplevelse av funksjonelle, psykososiale og sosioøkonomiske tap i et liv med hjertesvikt (*Bosworth et al, 2004*). Opplevelsen av tap blir beskrevet som en trussel om tap av kontroll over sitt eget liv (*Rhodos & Bowles, 2002*). Tap av kontroll viser til mangel på makt og kapasitet hos individet, til å kunne påvirke deres liv og eller sykdom. Tap av kontroll skaper intenst negative følelser og bekymringer, når det oppstår uforutsigbare forverringer (*Jeon et al, 2010*). Kronisk hjertesvikt endrer hvert enkeltes individs oppfatning av kontroll (*Rhodos & Bowles, 2002*). Eldre personer med hjertesvikt beskriver erkjennelsen av tap i livet som en følelse av å være fengslet i egen sykdom (*Ekman et al, 2000*). Denne beskrivelsen viser til eldres følelse av fangenskap av sine symptomer, og hindret fra å være seg selv. Tapene skaper problemer med å oppfylle sin vanlige rolle, og de blir mer tvunget til å leve mer fysisk avhengig fra dag til dag (*Yu et al, 2007*). Følelsen og beskrivelsen fengslet i egen sykdom, gjenspeiler hvordan konsekvensene av å ha en funksjonshemmet kropp overskygger kroppens muligheter og ressurser, hvor den viktigste erfaringen er den begrensningen som følger av sykdommen (*Ekman et al, 2000*). Dette blir beskrevet som et stort ansvar og en krevende utfordring fra dag-til- dag (*Welstand et al, 2009*). Behovet for å klare seg selv er stort, noe som krever tilpasning og utvikling av en ny hverdag med nye rutiner (*Barremo et al, 2008*).

## 6.2 Frykt og usikkerhet

Erkjennelsen av tap i et liv med kronisk hjertesvikt, fører med seg store forandringer i livet (*Barremo et al, 2008*). Deres liv preges av plagsomme symptomer, nedsatt fysisk funksjon, følelse av maktesløshet og håpløshet (*Yu et al, 2007*). Redusert uavhengighet og evne til å gjennomføre aktiviteter (*Jeon et al, 2010*), og følelsen av mangel på kontroll over sykdommen, fører til redsel i dagliglivet og redsel knyttet til døden (*Barremo et al, 2008*). Dette skaper en redsel for smerte, fremtiden og døden. Redselen fører til sosial isolasjon, frykt og følelsesmessige reaksjoner på endringer av roller og relasjoner (*Jeon et al, 2010*). Redsel og frykt fører til mange følelsesmessige bekymringer, og usikkerhet rundt sykdommen, som svekker deres livskvalitet og egne evner til omsorg (*Bosworth et al, 2004*). Redselen over og ikke være i stand til å ta hånd om seg selv øker, dette fører til at de føler seg mindre lykkelig, og en stadig kamp for å kjempe mot redselen (*Barremo et al, 2008*). Eldre med hjertesvikt uttrykker at de føler seg truet av en uforutsigbar sykdom og en usikker fremtid (*Yu et al, 2007*). Livskvaliteten svekkes på grunn av redusert fysisk funksjon, psykisk trivsel og andre psykososiale faktorer (*Bosworth et al, 2004*). Sykdommen oppleves som ødeleggende, ikke bare grunnet plagsomme symptomer, men også grunnet redusert funksjonell status (*Yu et al, 2007*). Eldre opplever at de lever i en uviss fremtid, grunnet usikkerhet knyttet til diagnose, tap og ubudne endringer (*Welstand et al, 2009*). En studie viser til at hos mange eldre foreligger det en redsel om at kunnskap om sykdom skaper angst og håpet om fremtiden vil forsvinne. Dette kan skyldes fornektelse av sykdommen, eller liten interesse (*Barremo et al, 2008*). Samtidig oppstår frykt av deres begrensede kunnskaper og forståelse av egen sykdom. De uttrykker en følelse av håpløshet, fordi det er vanskelig å kontrollere egen sykdom, som også skaper angst og usikkerhet. Tanken på døden oppleves som ubehagelig og skremmende (*Yu et al, 2007*).

## 6.3 Sosial isolasjon

Eldre med hjertesvikt er en sårbar gruppe hvor sosiale avbrudd av isolasjon og ensomhet, vil prege individet. Et liv med kronisk hjertesvikt, fører til at egen rolle og sosial fungering ofte blir avbrutt betydelig, og resulterer i intenst negative følelser som påvirker deres livskvalitet. Eldre med kronisk hjertesvikt uttrykker at livskvalitet betyr å være i stand til å delta på ting du gjorde før, men som du nå ikke kan gjøre lenger (*Yu et al, 2007*). Sosial isolasjon oppstår på

grunn av forskjellige årsaker som livsstilsendringer, frykt og fysiske restriksjoner grunnet redusert energi, kortpusthet og tretthet. Mange uttrykker en opplevelse av manglende evne og begrenset kapasitet til å delta i sosiale arrangementer, og frykt for å bli misforstått på grunn av kosttilskudd og restriksjoner. Fysiske og sosiale begrensninger kan relateres til frykt grunnet deres frykt for personlig sikkerhet og manglende evner til å kontrollere og eller håndtere ulike situasjoner. I tillegg bidrar uønskede bivirkninger og farmakologiske effekter til sosial isolasjon. Farmakologiske effekter innebærer eldre som for eksempel har økt trang for et tilgjengelig toalett til enhver tid, på grunn av deres bruk av diuretika (*Jeon et al, 2010*). Forskningen viser til at mange gir opp de dyrebare tingene i livet, og livets planer som gjorde livet meningsfullt (*Welstand et al, 2009*).

#### 6.4 Endringer i roller

De fleste med kronisk hjertesvikt opplever rolletap, og opplever frustrasjon over tapet av evnen til å delta i sosiale aktiviteter på lik linje med andre. Rolletap fører til depresjon hos eldre med hjertesvikt, et lavt selvbilde, mindreverd og angst (*Bosworth et al, 2004*). Endringer i roller og relasjoner fører ofte til følelsesmessige reaksjoner som skyldfølelse, angst, frustrasjon, usikkerhet, frykt og ensomhet. Individene i en studie følte skyldfølelse og angst over å være en byrde for andre, avhengighet forårsaket frustrasjon og usikkerhet (*Jeon et al, 2010*). Rolletap viser til en utfordrende hverdag med vanskeligheter for å utøve egenomsorg, samtidig som mangel på tilstrekkelig kunnskap om helse og egen sykdom er tilstede (*Yu et al, 2007*). Mange opplever å bli tvunget til å gjennomgå en ny prosess for å endre identitet, da det ikke er mulig å være den personen som de pleide å være (*Welstand et al, 2009*). Grunnet endringer i roller, må eldre finne mindre krevende metoder for å oppnå daglige oppgaver (*Graven & Grant, 2013*). Mange opplevde at de tvang seg selv til å gjennomføre aktiviteter tross tretthet og redusert energi, og de strever for å tilpasse seg situasjonen og den «nye» identiteten (*Barremo et al, 2008*). Redusert evne til å utføre tradisjonelle roller, opplever pasientene en følelse av verdiløshet og at de er en byrde for andre (*Graven & Grant, 2013*). Følelsen av å være en byrde for andre oppstår på grunn av deres faktiske behov for hjelp i å utføre daglige aktiviteter, og til sine følelser at de forårsaker bekymring (*Ekman et al, 2000*). Forskning vektlegger at nye muligheter og interesse vil etter hvert erstatte forståelsen med livet for mange, og selvbildet vil gradvis bygges opp igjen. Samtidig som mange vil sette pris på verdigheten ting har, og livet i seg selv (*Barremo et al, 2008*).

## 7.0 Å KUNNE FØLE TRYGGHET OG VÆRE SOSIALT AKTIV I LIVET MED KRONISK HJERTESVIKT

Resultater fra litteraturstudiet knyttet til aktuell forskningslitteratur og relevant litteratur, viser til faktorer som er mangelfulle i hverdagen til eldre personer med kronisk hjertesvikt. Vi vektlegger at trygghet og sosial deltakelse er manglende faktorer som viser til eldre personers opplevelse av frykt, usikkerhet, redsel og mangel på kontroll over egen sykdom, noe vi ser på som ulike årsaker til at eldre har problemer med å oppfylle vanlig rolle, redsel knyttet til døden og en følelse av å være fengslet i egen sykdom. Dette er egne opplevelser og erfaringer som påvirker deres egenverd, selvbilde og evne til å mestre hjertesvikt i eget hjem, samtidig som livsutfoldelsen svekkes. Vi har valgt å drøfte trygghet og sosial deltakelse som to betydningsfulle faktorer for at eldre hjemmeboende med hjertesvikt skal mestre å bo hjemme, opp i mot tre ulike tiltak knyttet til vårt fagfelt og sykepleierelevens. Vi har valgt å drøfte tiltakene opp i mot teoretisk referanseramme, aktuell forskningslitteratur og egne erfaringer fra praksisfeltet, noe som bygger på argumenter for og i mot, ulemper og fordeler. Våre tre forslag til tiltak viser til vår interesse som innebærer hva vi som sykepleiere kan bidra med for at eldre med kronisk hjertesvikt kan føle økt trygghet og være sosialt deltakende, noe vi mener vil bidra til økt mestring av hjertesvikt i eget hjem. Vi tolker at økt mestring i hjemmet med kronisk hjertesvikt, vil redusere eldre personers frykt for å drukne i egen kropp. Vi har valgt å drøfte faktorene sammen, fordi vi mener at de to faktorene er nært tilknyttet hverandre fordi vi tolker at eldre trenger trygghet for å være sosialt deltakende, og motsatt.

### 7.1 Kommunikasjon og samhandling

Benner og Wrubel (2001) understreker det største målet med sykepleie er å bli hva han eller hun ønsker å være. Vi mener at vi som sykepleiere kan benytte kommunikasjon som tiltak, for å hjelpe og styrke individet til å bli hva han eller hun ønsker å være, samtidig oppnå tilstrekkelig trygghet i egen hverdag i livet med kronisk hjertesvikt.

En nærmere begrunnelse av hvorfor vi vil benytte kommunikasjon som tiltak for å skape økt trygghet, viser til at kommunikasjon bygger på samhandling med individet, noe vi ser på som grunnleggende i hjemmebasert omsorg. Vi anser dette som grunnleggende fordi igjennom kommunikasjon har vi muligheten til å skape bærende relasjoner og tillit. Vi tolker at

kommunikasjon er avgjørende for å forstå ulike individer, skape meningsutveksling og et fellesskap (*Fjørtoft, 2006*). En forståelse av dette knyttes til egne erfaringer som bygger på at kommunikasjon er et godt hjelpemiddel for å forstå ulike individer, samtidig få frem individets perspektiv som omhandler hvordan hvert individ opplever sykdommen og situasjonen. Dette bekrefter hvor grunnleggende kommunikasjon er, da individets bakgrunnsforståelse har en avgjørende innflytelse på hvordan individet forstår verden på, vektlegger Benner og Wrubel (*2001*). Det er viktig å tenke på at kommunikasjon ikke bare er ord, men også vår væremåte og hvordan vi ser ut.

Kommunikasjon som tiltak kan bidra til å øke sykepleierens forståelse av hver enkelt situasjon, som Benner og Wrubel (*2001*) mener vil bidra til at vi som sykepleiere kan hjelpe individet til å mestre sykdomsrelaterte og stressfylte situasjoner. Vi tolker at vi som sykepleiere kan vise våre kunnskaper og ferdigheter igjennom kommunikasjon, som bygger på økt trygghet for hvert enkelt individ. Vi tolker at tryggheten som eldre med kronisk hjertesvikt er avhengige av for å mestre sykdom i eget hjem, innebærer at som sykepleier kan vi vise vår åpenhet og vår betydning av omsorg, igjennom kommunikasjon. På denne måten tolker vi at sykepleieren skaper muligheter for individet og individet vil oppnå ulike meningsfulle måter og mestre ulike situasjoner på, slik Benner og Wrubel (*2001*) ser det. Dette viser til at sykepleieren møter på utfordringer hvis mangel på kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter er tilstede, som vil føre til at individet vil oppleve besøket som negativt og samhandlingen svekkes. Vi tolker at det skal lite til for at den gode samtalen, blir en negativ opplevelse, som naturlig vil påvirke relasjonen med individet i negativ retning. Vi ønsker at den gode samtalen skal være en god opplevelse for individet, fordi vi har forskjellige roller og ulik kompetanse. Vi tolker at kommunikasjon er viktig i forhold til å oppnå økt mestringsevne, siden sykepleieren har en kompetanse og maktposisjon som individet ikke har. Denne rollen må sykepleieren håndtere på en god måte i møte med individet, for å ikke være for dominerende, noe individet naturlig vil føle som ubehagelig i negativ retning. Sykepleieren har makt og ansvar som det er avgjørende at sykepleieren benytter riktig i møte med eldre med kronisk hjertesvikt (*Fjørtoft, 2006*). Egne erfaringer viser til at hos mange eldre er hjemmesykepleien kanskje de eneste som er innom og ser til dem i løpet av dagen, noe som gjør at individet ser frem til hvert enkelt besøk. Vi tolker at kommunikasjon som tiltak kan gi økt mestringsevne i hjemmet, fordi vi som sykepleiere kan være individets gode samtalepartner. Vi mener at igjennom gode relasjoner kan vi som

sykepleiere hjelpe og støtte individet til å ta gode beslutninger og samtidig stimulere individets utvikling på en best mulig måte (*Eide & Eide, 2007*). Dette ser vi på som uoppnåelig hvis individet har liten tillit og liten relasjon til sykepleieren i den gitte situasjonen. Vi tolker at uten opparbeidet tillit og liten relasjon til sykepleieren, vil ikke individet åpne seg på lik linje, som vil føre til en begrenset samhandling. En tolkning av dette argumentet er at kontakt og hvor godt vi kjenner individet, er avgjørende for utfallet. Vi vektlegger at kommunikasjon kan skape den gode samtalen, som vi ser på som verdifull og en stimulerende opplevelse for individet. Dette bygger på at kommunikasjon som tiltak kan sees på som et helsebringende relasjonsarbeid, fordi individet har muligheten til å bli sett og hørt, og kan dele sine tanker og følelser med sykepleieren tilstede. Her har vi som sykepleiere muligheten til å finne ut hva som utgjør de intenst negative følelsene, frykten og usikkerheten i hverdagen hos eldre personer med kronisk hjertesvikt. Vi tolker at kommunikasjon kan være med å redusere usikkerhet og frykt, fordi hvert enkelt individ kan lettere bearbeide sine tap og sin sorg i samspill med sykepleieren. Med dette grunnlaget mener vi at sykepleieren kan bidra til å skape den gode samtalen som vil ha en viktig verdi i livet til eldre personer med kronisk hjertesvikt, samtidig som samtalen vil bety mye og deres frykt for å drukne i egen kropp vil reduseres (*Fjørtoft, 2006*).

Benner og Wrubel (*2001*) hevder at individets bakgrunn, ferdigheter og praksis utgjør hva hvert individ opplever som stressende og hvilke typer mestringsstrategier hver enkelt har. Dette tolker vi til at mangelfull kommunikasjon, vil føre til at vi ikke forstår hverandre og det vil oppstå problemer i samhandlingen. Det er altså igjennom kommunikasjon vi kan bli nærmere kjent med individets bakgrunn, ferdigheter og opplevelser. Vi tolker at dette krever en aktiv tilstedeværelse fra sykepleierens side, samtidig som sykepleieren har et særlig ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon, slik vi ser det. Står du like ved døren og holder i dørhåndtaket, og har yttertøyet på, har du en negativ innvirkning på individet, og inviterer ikke til samtale, slik vi ser det. Selv om sykepleieren har begrenset tid hos hvert enkelt individ, mener vi at tiden kan brukes godt allikevel. Vi mener med dette at sykepleieren må signalisere at han eller hun er der for den andre, og sykepleieren kan gjøre en avtale med individet om at sykepleieren har mer tid neste gang. Vi ser på dette som god samhandling som vil bidra til økt trygghet hos individet, samtidig som individet har noe positivt å glede seg til (*Fjørtoft, 2006*). Benner og Wrubel (*2001*) viser til at sykepleie innebærer hjelp til å opprettholde individets håp, ved å benytte åndelige og sosiale følelsesmessige ressurser som

er til rådighet. En nærmere tolkning av dette innebærer at sykepleieren er aktivt lyttende og kommuniserer i klar forutsetning for å identifisere hva hver enkelt situasjon krever, og forebygge uheldige valg og dårlige løsninger. Vi mener at dette fremhever betydningen av å møte eldre personer med kronisk hjertesvikt med respekt, ta individet på alvor og la individet beholde mest mulig makt og kontroll på egen situasjon. Med dette grunnlaget mener vi at sykepleieren styrker og stimulerer individet til å delta i ulike beslutningsprosesser og samtidig utøve myndighet der det er mulighet og naturlig (Eide & Eide, 2007). Her vil det være viktig å finne en balanse som passer til hvert enkelt individ. Vi tolker at for stor myndighet i enkelte beslutningsprosesser, kan påvirke hvert enkelt individs selvbilde, som kan skape misnøye fordi individet kan miste troen på seg selv og tro at hun og eller han ikke er i stand til å ta hånd om seg selv i sitt eget hjem. Dette vil påvirke selvtilliten til hver enkelt, og evnen til mestring vil reduseres. Dette bekrefter at sykepleieren må vise varighet og lydhørhet i hvert enkelt møte med ulike individer (Fjørtoft, 2006). Sykepleieren har en viktig rolle som hjelper, og er en betydningsfull ressurs som kan benytte kommunikasjon for å fylle en hjelpende funksjon for andre, i kraft av sin faglige kompetanse og posisjon (Eide & Eide, 2007). Vi må være høflige og respektere at det ikke er alle som ønsker noen samtale, og trenger kanskje enda mer tid for å bli kjent og føle seg trygg (Fjørtoft, 2006). Dette bygger på Benner og Wrubels (2001) omsorgsteori som vektlegger at det essensielle med hvert individ er at vedkommende lever i en verden og forholder seg til den på en betydningsfull måte. Vi tolker at alle individer er forskjellige og forholder seg til verden på sin egen betydningsfulle måte. Dette vektlegger at vi må forstå hvert enkelt individ, og ikke fordømme eller gjøre for kjappe tolkninger i ulike situasjoner (Fjørtoft 2006). Vi har erfart at eldre med hjertesvikt kan være sårbare på ulike måter, preget av ulike sårbarhetsfaktorer. Dette kan for eksempel være alkohol, hvis individet tidligere har vært misbruker av alkohol. Vi mener at det er viktig å ta hensyn til ulike sårbarhetsfaktorer i samhandlingen, hvis sykepleieren kjenner til dem fra før. Dette er fordi vi alltid vil møte ulike individer i ulike livssituasjoner. Det handler om å forsøke å forstå individet og møte individet der han og eller hun befinner seg (Fjørtoft, 2006). Kommunikasjon som tiltak vil skape en mulighet for økt trygghet hos eldre med kronisk hjertesvikt i hjemmet, som vil bidra til økt sosial deltagelse, mener vi. Dette fordi vi kan benytte kommunikasjon til å oppmuntre individet til å være mer deltagende i sosiale sammenhenger, i tillegg til at vi fungerer som en samtalepartner. Den sosiale isolasjonen skyldes ofte redsel for at ulike symptomer skal opptre, hvor frykten for og ikke kunne håndtere situasjonen er sterk (Jeon et al, 2010). I tillegg kan begrenset kommunikasjonsevne



grunnet mental svikt, forvrent virkelighet, manglende språk eller nedsatt syn eller hørsel være aktuelle årsaker som vil svekke sosial deltagelse (*Fjørtoft, 2006*). Vi ser på sykepleieren som en ressurs som kan hjelpe eldre med kronisk hjertesvikt til å ivareta sitt sosiale liv. Vi kan benytte kommunikasjon til å motivere individet til å delta på dagsenter. Her kan vi benytte oss av å berolige individet med å forklare hvordan dette fungerer, for at individet ikke skal skape frykt og usikkerhet. Vi mener at vi må forklare individet at hun og eller han vil møte andre eldre som befinner seg i lik situasjon, og muligheten for å utveksle tanker og følelser med andre eldre er tilstede. I tillegg er det en stor trygghet at individene har helsepersonell rundt seg til enhver tid. Dette mener vi er viktig informasjon som sykepleieren må formidle, som kan bidra til økt sosial deltagelse. Her er det avgjørende at sykepleieren viser empati og prøver å forstå individets følelser og reaksjoner. På denne måten kan sykepleieren og individet nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med individets verdier (*Eide & Eide, 2007*).

## 7.2 Veiledning og kunnskap om egen sykdom

Vi ser på veiledning og kunnskap om egen sykdom som et aktuelt tiltak for at eldre med kronisk hjertesvikt skal kunne føle trygghet og være sosialt deltagende. Vi ser på sykepleieren som utøver sin praksis i hjemmebasert omsorg som en stor ressurs. Hva gjør veiledning og kunnskap om egen sykdom med individets trygghet og sosial deltagelse? I følge Benner og Wrubel (*2001*) har den menneskelige opplevelsen av sykdom en innvirkning på den patologiske tilstanden og omvendt. Dette bygger på at den menneskelige opplevelsen av sykdommen er sentral.

En forståelse av dette er at vi ser på veiledning og kunnskap om egen sykdom som et konkret tiltak som sykepleieren kan utøve i hjemmet, som vil føre til økt forståelse av egen sykdom og trygghet til å mestre hjertesvikt i eget hjem. Sykepleieren er en ressurs fordi den har den kunnskapen og de erfaringene som trengs, for å veilede og overføre kunnskap til eldre personer med hjertesvikt. Vi mener at veiledning og kunnskap om egen sykdom vil være et tiltak som vil bidra til å fremme helse og forebygge forverring, samtidig vil eldre med kronisk hjertesvikt få muligheten til å skape en fornuftig forståelse av egen sykdom, og selv være i stand til å tolke og vurdere egne oppfatninger av egen sykdomsprosess (*Yu et al, 2007*). Dette støttes av Benner og Wrubel (*2001*) sitt syn på helsefremmende tiltak, hvor vi som

sykepleiere kan benytte individets ressurser og kan igjennom kunnskap og veiledning gi individet muligheter til å opparbeide nye mestringmuligheter. Dette er hovedmålet med veiledning, som viser til at tiltaket bygger på konkret informasjon om hva hjertesvikt er og hva denne sykdommen gjør med individets kropp. Samtidig som sykepleieren vil fokusere på sammenhengen mellom ulike symptomer og medikamentell og ikke- medikamentell behandling. Vi tolker at dette vil være med å skape mening i hver enkelt situasjon for hvert enkelt individ, slik Benner og Wrubel (2001) ser det. Vi mener at dette vil skape økt kunnskap og forståelse om egen sykdom og tilstrekkelig helhet. En nærmere forklaring bygger på at sykepleieren overfører sin kunnskap og sine erfaringer, noe som vil hjelpe eldre med hjertesvikt til å forstå risikofaktorer av individuelle og eller miljømessig karakter, samtidig som individet vil oppnå innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger forverringer (Kirkevold et al, 2008). Gjennom veiledning om egen sykdom i hjemmet, viser sykepleieren sin interesse og omsorg ovenfor individet, og vektlegger hva som er meningsfylt og betydningsfullt. Vi mener at dette tiltaket vil knytte sykepleieren nærmere hvert individs tanker, følelser og handlinger, som bekrefter at hvert enkelt individ betyr noe. Samtidig som sykepleieren hjelper individet til å skape muligheter og å oppnå større forståelse til å mestre ulike situasjoner, som tidligere har vært umulig. På denne måten utøver sykepleieren sin omsorg ved å bry seg om hver enkelt individs situasjon, noe som Benner og Wrubel (2001) vektlegger som viktige punkter i sin definisjon av omsorg i sykepleie. Vi vektlegger at veiledning vil skape et nærmere forhold mellom sykepleiere og individ, som bygger på et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold, som vil skape tillit mellom sykepleier og individet. For at dette skal være oppnåelig mener vi at grunnleggende omsorgsintervensjoner vil være relevant, fordi det innebærer at sykepleieren er avhengig av å lytte til hvert enkelt individs fortelling om egne erfaringer, samtidig få en forståelse av hver enkeltes opplevelse av situasjonen (Ekman et al, 2000). Egne erfaringer bygger på individuelle og ulike opplevelser og erfaringer, som krever at sykepleieren må møte hvert enkelt individ med varighet, innlevelse og moralsk ansvarlighet.

Vi tolker at sykepleierens veiledning skaper økt forståelse og kunnskap om egen sykdom i ulik grad hos individer med kronisk hjertesvikt, samtidig som sykepleieren kan benytte sin kompetanse til å hjelpe individet til å skape en plan for omsorg, for at hvert enkelt individ skal ha muligheten til å oppnå egne helsemål og samtidig videreutvikle et realistisk syn på fremtiden (Yu et al, 2007). Her ser vi hvor viktig kunnskap om egen sykdom vil være, for at

individet skal kunne føle seg trygg nok til å oppnå egne helsemål. Et helsemål kan være helt konkret som at individet skal være i fysisk aktivitet 15 – 20 minutter daglig, og eller være sosial deltagende 2 dager i uken. For at individet skal føle trygghet og oppnå egne helsemål, mener vi det er viktig at sykepleieren fokuserer på å ivareta den enkelte individs integritet og retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (*Kirkevold et al, 2008*). Dette samarbeidet og nær tilknytning til hvert enkelt individ, mener vi i tillegg kan være med å hindre stress fordi individets fysiske, emosjonelle og eller intellektuelle opplevelse av den ubesværede funksjonen blir ivaretatt. Tolkningen av dette vektlegger at kunnskap om egen sykdom vil hjelpe individet til og lettere kunne erkjenne og forholde seg til ulike følelser, som vil bidra til økt mestringsevne, noe som Benner og Wrubel (2001) også påpeker i sin omsorgsteori. Sykepleieren kan utøve sin omsorg igjennom veiledning, som innebærer at individene skal oppnå økt kunnskap om egen sykdom. Vi mener at dette tiltaket igjen signaliserer at sykepleieren bryr seg om hvert enkelt individ, og vil på denne måten støtte enkeltpersoners opprettholdelse av egenverd, samtidig støtte individet til å leve med tap igjennom sin åpenhet, kompetanse og forståelse (*Welstand et al, 2009*). Dette mener vi bekrefter at trygghet er en faktor som har betydning for at eldre hjemmeboende med kronisk hjertesvikt skal mestre å bo hjemme. En forståelse av dette argumentet bygger på veiledning og kunnskap om egen sykdom vil skape økt trygghet i individets hverdag fordi individet vil føle økt kontroll over egen sykdom, mindre bekymringer, økt oppfyllelse av sin vanlige rolle og økt forståelse av å klare seg på egenhånd som noen eksempler.

Funn i forskningslitteraturen viste til at eldre personer med kronisk hjertesvikt isolerer seg på grunn av frykt for personlig sikkerhet og manglende evner til å kontrollere og eller håndtere ulike situasjoner (*Jeon et al, 2009*). Dette tolker vi som et utfall, fordi mangel på kunnskap om egen sykdom er tilstede. Vi mener trygghet kan sees i sammenheng med sosial isolasjon, fordi mangel på trygghet er en av de største hovedgrunnene til at eldre personer med kronisk hjertesvikt isolerer seg. Vi mener at kunnskap om egen sykdom kan hjelpe individet med å opprettholde god livskvalitet, fordi individet kan delta på ting på lik linje som tidligere. For at eldre med kronisk hjertesvikt skal ha muligheten til å være sosialt aktive, krever dette kunnskap og veiledning fra sykepleieren, for at individet skal redusere sine følelsesmessige bekymringer og øke sin trygghet rundt sykdommen. Vi vil tilføye at dette bekrefter sykepleierens relevans og viktige rolle knyttet til veiledning. Veiledning og kunnskap om egen sykdom har ikke nødvendigvis en positiv innvirkning som skaper trygghet hos eldre med

kronisk hjertesvikt, men kan også ha en negativ innvirkning i den forstand av redsel, angst og liten tro på fremtiden (*Barremo et al, 2008*). Vi tolker dette som en forståelse av at kunnskap og forståelse av egen sykdom kan skape økt angst, og fører til at håpet om fremtiden forsvinner. Vi tolker at dette kan skyldes måten sykepleieren informerer hver enkelt, eller generelt individets fornektelse av sykdommen. Vi har selv erfart at noen individer har generelt liten interesse for å lære om egen sykdom. Vi forestiller oss at kunnskap om egen sykdom kan ha en negativ innvirkning på individet, fordi teori om ”virkeligheten” kan for mange virke skremmende og i verstefall ta fra eldre motet til å mestre hjertesvikt i eget hjem. Noen kan synes at det er mye å ta hensyn til, samtidig som de vektlegger at deres sykdom oppleves som stor og omfattende. Dette er noe vi kan se på som en årsak til at eldre med kronisk hjertesvikt uttrykker en følelse av håpløshet, fordi for lite eller for mye og komplisert kunnskap om egen sykdom, kan føre til usikkerhet med tanke på hvordan hver enkelt skal oppnå kontroll over egen sykdom, og utfallet blir angst og usikkerhet, istedenfor for økt mestringsevne (*Yu et al, 2007*). Med dette grunnlaget tolker vi at det er avgjørende at sykepleieren kjenner til de ulike individene og deres egne opplevelser og erfaringer av å leve med kronisk hjertesvikt.

Veiledning og kunnskap om egen sykdom er et konkret tiltak hvor vi ser at det er avgjørende for sykepleieren å finne en balanse når det gjelder mengde kunnskap som skal formidles og overføres til hvert enkelt individ, som naturlig vil være individuelt. Sykepleieren må uttale seg på en forståelig måte, så sykepleieren selv kan forstå at individet forstår hva sykepleieren snakker om. Med dette mener vi at det er viktig at sykepleieren går bort i fra medisinske ord og uttrykk, og formidler et mer muntlig språk. Det er også viktig at sykepleieren snakker høyt og tydelig, siden eldre ofte har nedsatt hørsel. Å la individet være deltagende når det gjelder hva vedkommende ønsker økt kunnskap om, mener vi det vil påvirke individets interesse og engasjement i positiv retning. Denne toveis kommunikasjonen underveis tolker vi at vil skape tillitt til sykepleieren, og individet kan sammen med sykepleieren være aktivt deltagende med å lete etter nye løsninger for å mestre ulike situasjoner i hjemmet. Vi mener løsninger som er tilpasset hvert enkelt individ, kan bidra til å opprettholde håp og tro i livet med kronisk hjertesvikt, selv om individet lever i en usikker fremtid (*Ibid*). Vi har selv erfart at veiledning og kunnskap om egen sykdom kan utvikles til å bli en styrke hos individet. En dypere forståelse av dette viser til at økt kunnskap viser til at individet stiller sterkere til å takle egen hverdag og opprettholder egenverd og selvbilde. På en annen siden kan veiledning tolkes som et press på individet, og individet opplever sykepleieren som en dominerende part, og følelsen om at individet ikke er i stand til å styrke og mestre eget liv kan fremtre i negativ retning. På

denne måten tolker vi at individet naturlig velger å fornekte egen sykdom, noe som vil svekke tillitten mellom individet og sykepleieren.

Individet vil naturlig bli mindre mottakelig og tilgjengelig for informasjon. Som Benner og Wrubel (2001) vektlegger mottar mennesket kunnskap via egen kropp, igjennom sanser og livets erfaringer. Dette kan som tidligere beskrevet både ha en positiv og en negativ innvirkning på individet. Eldre personer bryr seg om livet og det er viktig for individet, og når sykdom inntreffer er det naturlig at individet bekymrer seg. Vår tolkning av dette er at sykepleieren via veiledning kan hjelpe og styrke individet til å bli hva han eller hun ønsker å være, som bidrar til at individet fortsatt har muligheten til å involvere seg i noe, være interessert i det, bryr seg om det og er opptatt av det. Dette vektlegger Benner og Wrubel (2001) som spesielle anliggender som er et vesentlig aspekt ved å være et menneske. Vi ser på sykepleieren som en stor ressurs og mener at veiledning og kunnskap om egen sykdom kan bidra til at individet føler trygghet og kan delta i sosiale aktiviteter i stor grad. Disse to faktorene reduserer individets frykt for å drukne i egen kropp.

### 7.3 Kontinuitet og tilstedeværelse

Vi mener eldre personer med kronisk hjertesvikt trenger følelsen av trygghet og muligheten til å være sosialt deltagende for å mestre hjertesvikt i eget hjem. Dette støtter Benner og Wrubels (2001) omsorgsteori som vektlegger at kronisk hjertesvikt har forskjellige aspekter, som sammen med individets egen historie, kontekst og bekymringer former selve opplevelsen av sykdommen. Trygghet og sosial deltagelse er to betydningsfulle faktorer som vi som sykepleiere kan hjelpe eldre personer med å oppnå, og eller påvirke i stor grad. Vi mener at kontinuitet og tilstedeværelse er et tiltak som kan bidra til å skape økt trygghet og en bedre opplevelse av sykdommen.

Sykepleiere i hjemmebasert omsorg kan jobbe for å skape kontinuitet som et tiltak, som kan bidra til økt følelse av trygghet hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt. En tolkning av dette argumentet bygger på at sykepleieren er en ressurs og kan via kontinuitet oppnå en følelse av tilstedeværelse hos eldre med kronisk hjertesvikt i hjemmet. Vi mener at følelsen av tilstedeværelse kan fremme sosial trygghet, bidra til likestilling og likeverd, samt forebygge sosiale problemer (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011*). På denne måten kan sykepleieren

hjelpe eldre med kronisk hjertesvikt til å mestre hverdagen i eget hjem. At eldre personer med hjertesvikt i eget hjem skal oppnå følelse av kontinuitet og tilstedeværelse, bygger på utfordringer for sykepleiere og annet helsepersonell. Dette er utfordringer som bygger på at det er vanskelig å få til fast helsepersonell som kjører faste ruter og følger opp faste individer over tid. Egne erfaringer viser til at i ferieavviklingsperioder er det nesten helt umulig å opprettholde kontinuiteten hos de fleste. Dette er på grunn av at nytt helsepersonell er tilstede, og må kjøre forskjellige ruter som fører til at det blir mange nye og ukjente individer å forholde seg til, til enhver tid. Vi mener dette er uheldig, og som fører til svekket kontinuitet. Eldre med kronisk hjertesvikt kan dermed føle usikkerhet og bli engstelige, fordi det kommer nye ukjente ansikter som hver enkelt ikke har noe relasjon eller tillitt til. Vi mener at dette er egne erfaringer som bekrefter hvor viktig det vil være å vektlegge kontinuitet og tilstedeværelse som et konkret tiltak i sykepleiepraksis, for å oppnå økt trygghet hos eldre personer med kronisk hjertesvikt.

Kontinuitet som tiltak bygger på et godt samarbeid innad i tjenesten, noe vi ser på som en forutsetning for å kunne sikre mest mulig kontinuitet (*Fjørtoft, 2006*). Dette innebærer at det ikke er til å unngå at eldre med hjertesvikt vil få hjelp av flere forskjellige, når behovet for hjelp daglig og til ulike tider av døgnet er tilstede. Dette krever en nøyaktig administrering av tjenesten, noe vi mener er overkommelig i dagens helsetjeneste. Ut i fra funn i litteraturstudiet som baseres på negative opplevelser og egne erfaringer hos eldre med kronisk hjertesvikt, mener vi at kontinuitet er et tiltak som bør prioriteres for at eldre skal oppnå og føle tilstrekkelig kontinuitet og trygghet i hverdagen. En forståelse av dette innebærer at hvert eneste individ får tildelt en primærkontakt, noe vi mener vil føre til bedre kontinuitet og økt trygghet, fordi både individet og pårørende har en kontaktperson å forholde seg til. Dette støttes oppunder av Benner og Wrubels (*2001*) omsorgsteori som vektlegger at vi som sykepleiere må være aktivt tilstede og skape en dyp forståelse av hvordan hvert enkelt individ opplever ulike situasjoner, for å kunne hjelpe individet til å mestre ulike situasjoner hvor tap, helsesvikt og lidelse er tilstede. Vi vektlegger at en primærkontakt skal være den som kjenner individet best, og samtidig har oversikt over behov, tiltak og ressurser til en hver tid. I tillegg skal sykepleieren som er primærkontakt, være den som formidler informasjon til sine medarbeidere, følge opp individet i hjemmet og evaluere igangsatte tiltak og samtidig oppdatere dokumentasjonen og eventuelle endringer daglig. Tross et stort antall ansatte, mange ulike turnuser, mange brukere og begrenset tid, tolker vi at kontinuiteten til hver enkelt

vil øke betraktelig når individet kan forholde seg til en mindre gruppe personale daglig. For at dette skal la seg gjøre, mener vi det vil være behov for sekundærkontakter, som kan være en erstatting ved fravær og allikevel kjenne den eller de brukerne godt fra før av. Dette krever at sekundærkontaktene er deltagende i den daglige omsorgen rundt den eller de individene det gjelder (*Fjørtoft, 2006*).

Kontinuitet som tiltak krever et godt system som fungerer. Dette kan skape økt trygghet hos eldre med hjertesvikt fordi dem vil få riktig hjelp til rett tid og har faste tidspunkt og forholde seg til. Allikevel kan tryggheten svekkes når det eventuelt oppstår noe uforutsett, som vil forsinke enkelte besøk. Eldre med kronisk hjertesvikt kan derfor allikevel leve med usikkerheten og rette sine bekymringer mot helsepersonellens kontinuitet. Vi tolker at avvik på fastsatte tidspunkt kan påvirke eldre i eget hjem, som vil svekke opparbeidet kontinuitet og følelsen av trygghet blir satt på prøve for hvert enkelt individ. Tross uforutsigbare forsinkelser mener vi at kontinuitet allikevel vil skape økt trygghet, og redusere Eldres frykt og bekymringer knyttet til døden, samtidig som individet vil føle økt evne til mestring i eget hjem. Dette grunnet at sannsynligheten for at uforutsigbare forsinkelser opptrer hyppig hos de samme individene er relativt liten. I tillegg mener vi kontinuitet som følge av økt trygghet og faste avtaler, vil bidra til større frihet og eldre med kronisk hjertesvikt vil ha mulighet til å være mer sosial deltagende. For at sykepleieren skal oppnå trygghet igjennom kontinuitet vektlegger vi at sykepleieren må skape forståelse ovenfor Eldres individualitet og benytte denne forståelsen for å finne ulike tiltak, som passer hvert enkelt individs erfaring, væremåte, følelser og opplevelser av situasjonen i et liv med kronisk hjertesvikt i eget hjem. For at dette skal være oppnåelig ser vi hvor viktig det vil være at sykepleieren kjenner individet og har utøvet sykepleie til akkurat dette individet over tid og har en god relasjon til individet, siden dette krever direkte erfaring for å kunne lykkes. Er dette en sykepleier som har liten erfaring og liten tilknytning til dette individet, kan dette føre til valg av tiltak som ikke vil være individuelt tilpasset individet og evnen til mestring vil svekkes grunnet uoppnåelige og eller urealistiske tiltak. Dette vil være uheldig slik Benner og Wrubel (*2001*) ser det, da de mener at helsefremmende tiltak skal bygges på individets ressurser, hvor vi som sykepleiere skal hjelpe individet til å se nye muligheter for å oppnå nye mestringmuligheter. Med dette grunnlaget tolker vi at kontinuitet som et tiltak til eldre hjemmeboende med kronisk hjertesvikt vil skape trygghet og økt sosial deltakelse fordi individet selv vil oppleve en økt helhetlig forståelse, og

kan skape tillit og en god relasjon til helsepersonell som jobber i ulike grupper rundt hvert enkelt individ (*Fjørtoft, 2006*).

## 8.0 KONKLUSJON

Det finnes ingen fasit på hvordan eldre pasienter med kronisk hjertesvikt skal mestre å bo hjemme. Funn i litteraturstudiet viser til at eldre med kronisk hjertesvikt preges av frykt, usikkerhet, redsel og mangel på kontroll over egen sykdom, noe som fører til problemer med å oppfylle vanlig rolle, redsel knyttet til døden og en følelse av å være fengslet i egen sykdom. Litteraturstudiet viser til at sykepleieren kan benytte tiltak som kommunikasjon og samhandling, veiledning og kunnskap om egen sykdom og kontinuitet og tilstedeværelse for å skape økt trygghet og sosial deltakelse hos eldre med kronisk hjertesvikt, noe som fører til økt evne til å mestre å bo hjemme. Dette er tiltak som belyser sykepleierens rolle som må bygge på omsorg for den enkelte, empati og tillitt. Dette bekrefter at trygghet og sosial deltakelse er faktorer som har betydning for at eldre pasienter med kronisk hjertesvikt skal mestre å bo hjemme, noe som kan redusere deres frykt for å drukne i egen kropp.



## REFERANSELISTE

- \*Barremo, A.-S., Bruce, E., Salander, M. & Sundin, K. (2008). Personers opplevelse av å leve med kronisk hjertsvikt – Systematisk litteraturstudie. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 28 (3), 34-8. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=23e924d7-1535424397cbf89ee0a3a744%40sessionmgr114&vid=1&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010071297> (5 sider).
- \*Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark. Kap 1, 2, 3 & 4 (127 sider).
- \*Bosworth, H.B., Steinhauser, K.E., Orr, M., Lindquist, J.H., Grambow, S.C. & Oddone, E.Z. (2004). Cognitive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Angine & Mental Health*. 8(1), 83- 91. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=72d48170-4414-4b2f-9a64c38409fcd14f%40sessionmgr104&vid=1&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2005031173> (9 sider).
- Dalland, M. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 4 & 5 (37 sider).
- Eide, E. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1 & 2 (50 sider).
- \*Ekman, I., Ehnfors, M. & Norberg, A. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14(2), 130 – 6. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=3ccc6c4c-06b8-46c6-b7fb-88f1627af2da%40sessionmgr114&vid=1&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2000079956> (7 sider).
- \*Engedal, K. (s.a). *Alderdom, Store Norske Leksikon* Lokalisert på [http://snl.no/.sml\\_artikkel/alderdom](http://snl.no/.sml_artikkel/alderdom). (1 side).
- \*Faktor (s.a). *Norsk Ordbok*. Lokalisert på <http://www.ordnett.no/search?search=faktor&lang=no> (1 side).
- \*Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1 (19 sider).
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar – utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Kap 1, 2, 3 & 8 (73 sider).
- \*Folkehelseinstituttet. (2001). *Omsorg – Egenomsorg*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dav/3A30F71CC1BB4AEBAFCC30D80F9B64C5.pdf> (4 sider).
- \*Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur. (5 sider)
- \*Gjengedal, E. & Hanestad, B. (Red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*. (2.utg.). Oslo: Cappelen forlag AS. Kap 1 & 2 (71 sider).
- \*Graubæk, A.-M. (Red.). (2010). *Å være pasient: En innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe. Kap 5.(5 sider).

\*Graven, L.J. & Grant, J.S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung: The Journal of acute and Critical care*. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956312004086> (11 sider).

\*Gullestad, L. & Madsen, L. (2004). Moderne diagnostikk og behandling av kronisk hjertesvikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3-8/2004. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1007216> (3 sider).

\*Gustavsson, A. & Bränholm, I.-B. (2003). Experienced Health, Life Satisfaction, Sense of Coherence, and coping Resources in Individuals Living with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 10(3), 138 – 143. Lokalisert på [http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=%28%28%28mesh\\_no:C14.280.434\\*%29%20OR%20%28heart%20AND%20failure%29%29%20AND%20%28coping%29%29&query=coping%20heart%20failure&start=0&searchform=simple&prevDok\\_ID=122320&Dok\\_ID=83191&pos=1&rows=10&nextDok\\_ID=52170](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=%28%28%28mesh_no:C14.280.434*%29%20OR%20%28heart%20AND%20failure%29%29%20AND%20%28coping%29%29&query=coping%20heart%20failure&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=122320&Dok_ID=83191&pos=1&rows=10&nextDok_ID=52170) (6 sider).

\*Helsedirektoratet. (2012). *Frisk og kronisk syk*. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/eksempler/Sider/frisk-og-kronisk-syk.aspx> (1 side).

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (s.a.). *Samhandlingsreformen*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-5/2/1.html?id=567233> (1 side).

\*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV – 2011 – 06 – 24- 30. (2012). Lokalisert på: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20110624-030.html#1-1> (1 side).

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, T. (2012) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1 (5 sider).

\*Jeon, Y.-H. , Kraus, S.G., Jowsey, T. & Glasgow, N.J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/920265747?accountid=42560> (9 sider).

\*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2.utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal. Kap 11 (19 sider).

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 9 & 17 (36 sider).

Knutstad, U. (Red.). (2008). *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe. Kap 4 (60 sider).

\*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (s.a.). *Rytmeforstyrrelser og Hjertesvikt*. Oslo: LHL (18 sider).

\*Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D. & Minor, M. (2010). *Lær at leve med kronisk sykdom*. (4.utg.). København: Komiteen for Sundhedsoplysning. Kap 1 (11 sider).

\*Madsen, S., Gullestad, L., Nitter – Hauge, S.L. & Westheim, A. (1999). *Hjertesvikt. Årsaker, diagnostikk og behandling*. (4.utg.). Oslo: Fokusgruppen AS. (39 sider).

- \*Midthjell, A. (2005). *Spor: Ensomhet- Mørke stier- Forandringer- Fellesskap- Veier mot lys*. Stavanger: Hertervig Forlag.(1 side).
- \*Mæland, J.G., Fugelli, P., Høyer, G. & Westin, S. (2004). *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 4 (19 sider).
- \*Nasjonalforeningen for folkehelse. (2011). *Hjertesvikt*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelse (18 sider).
- \*Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. (2011). *Mestring*. Lokalisert på [http://mestring.no/teoretisk\\_forankring/mestring](http://mestring.no/teoretisk_forankring/mestring) (1 side).
- Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.).(2007). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 75-84.(9 sider).
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!/: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS Kap 3 (22 sider).
- \*Norsk helseinformatikk. (2013). *Kronisk hjertesvikt*. Lokalisert på <http://nhi.no/sykdommer/hjerte-kar/illustrasjoner/hjertesvikt-kronisk-23164.html> (5 sider).
- \*Oslo- universitetssykehus. (2012). *Hjertesvikt*. Lokalisert på <http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/diagnoseogsykdommer/sider/hjertesvikt.aspx>(1 side)
- \*Rhodos, D.L. & Bowles, C.L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*. 39 (5). 441-449. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fbbfa43d-1687-4769910a1ac6f8bb5c7b%40sessionmgr113&vid=1&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#d=b=gnh&AN=93990> (9 sider).
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjålie, J.G. (2009). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (2 sider).
- \*Schenck- Gustafsson, K. (Red.). (2011). *Kvinnohjertan: - hjärt- och kärl sjukdomar hos kvinnor*. Polen: Studentlitteratur. Kap 14 (21 sider).
- \*Solheim, M. (1996). *Kan eg komme inn: Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 5 (8 sider).
- \*Welstand, J., Carson, A. & Rutherford,P. (2009). Living with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 46(10), 1374 – 1385. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909001138> (12 sider).
- \*Yu, D.S.F., Lee,D.T.F., Kwong, A.N.T., Thompson, D.R. & Woo, J. (2007). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 61 (5), 474 – 483. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=c971d343-91a4-4d05-bf3e-3fef27fdc05e%40sessionmgr110&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009801501> (10 sider).

Antall sider selvvalgt litteratur: 478

Vedlegg 1: PICO SKJEMA

<b>P</b> atient	<b>I</b> ntervention	<b>C</b> omparison	<b>O</b> utcome
<p>Older Older People</p>	<p>Heart Failure Chronic heart failure Congestive heart failure</p>		<p>Coping Adaptation psychological Emotion Coping Strategies Meaning Experiences</p>

## Vedlegg 2: SØKETREFF

Dato	Database	Søkeord	Antall Treff	Begrunnelse for eksklusjonskriterier	Antall vurderte artikler	Forfatter, årstall og navn på valgt artikkel	Artikkel type
09.01.13	Ageline	Heart Failure AND Coping AND Cognestive	6	Relevant for problemstillingen.	4	Bosworth, H.B., Steinhauser, K.E., Orr, M., Lindquist, J.H., Grambow, S.C., & Oddone, E.Z. (2004). <i>Cognitive heart failure patients perceptions og quality of life: the integration of physical an psycosocial factors.</i>	Kvalitativ forskning
09.01.13	Cinahl m/fulltext	Chronic heart failure AND coping AND older people	2	Relevant for problemstillingen	2	Yo, D.S.F., Lee, D.T.F., Kwong, A.N.T., Thompson, D.R. & Woo, J. (2008). <i>Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people.</i>	Oppsummert kvalitativ forskning
14.01.13	Cinahl m/fulltext	Chronic heart failure AND coping	7	Relevant for problemstillingen	6	Barremo, A-S., Bruce, E., Salander, M. & Sundin, K. (2008). <i>Personers opplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt- systematisk litteraturstudie.</i>	Systematisk litteraturstudie
16.01.13	Medline	Heart failure AND coping AND emotion	12	Irrelevant for problemstillingen	4	Doering, L.V., Dracup, K., Caldwell, M.A., Moser, D.K., Erickson, V.S., Fonarow, G. & Hamilton, M. (2004). <i>Is coping style linked to emotional states in heart failure patients?</i>	Kvalitativ forskning
16.01.13	Medline	Chronic heart failure AND coping strategies	8	Irrelevant for problemstillingen	4	Buetow, S., Goodyear- Smith, F. & Coster, G. (2001). <i>Coping startegies in the self- management of chronic heart failure.</i>	Kvalitativ forskning
16.01.13	Cinahl m/ fulltext	Chronic heart failure AND Meaning	7	Relevant for problemstillingen	3	Ekman, I., Ehnfors, M. & Norberg, A. (2000). <i>The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people.</i>	Kvalitativ forskning

25.01.13	SveMed	Heart failure AND coping	3	Relevant for problemstillingen	3	Gustavsson, A. & Brånholm, I-B. (2003). <i>Experienced health, life satisfactions, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure.</i>	Kvalitativ forskning
28.01.13	Ageline	Heart Failure AND Experiences.	19	Relevant for problemstillingen	4	Rhodes, D.L. & Bowles., C.L. (2002). <i>Heart failure and its impact on older women's lives.</i>	Kvalitativ forskning
30.01.13	ScienceDirect	Heart failure AND coping	13.150	Irrelevant for problemstillingen	10	Murberg, T.A., Bru, E. & Stephens, P. (2001). <i>Personality and coping among cogestive heart failure patients.</i>	Kvantitativ forskning
30.01.13	ScienceDirect	Heart Failure AND experience, AND older people	41.694	Relevant for problemstillingen	8	Welstand, J., Carson, A. & Rutherford, P. (2009). <i>Living with heart failure: An integrative review.</i>	Kvalitativ forskning
30.01.13	ScienceDirect	Herat failure AND coping	13.150	Relevant for problemstillingen	10	Graven, L.J. & Grant, J.S. (2012). <i>Coping and health- related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review.</i>	Oppsumert forskning
05.02.13	Medline	Heart failure, AND Adaptation psychological OR coping	11	Relevant for problemstillingen	6	Jeon, Y-H., Kraus, S.G., Jowsey, T. & Glasgow, N.J. (2010). <i>The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies.</i>	Oppsumert kvalitativ forskning
05.02.13	Medline	Heart failure, AND Adaptation psychological OR coping	11	Irrelevant for problemstillingen	6	Luttik, M.L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R. & Veldhuisen, D.J. (2005). <i>The impotance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure- an overreview of the literature.</i>	Oppsumert forskning