

Høgskolen i Innlandet
Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

Petter Bergmann og Daniel Skaug Haakenrud

Veileder: Svein Skogan

Bachelor i sykepleie

Fremme mestring og livskvalitet hos hjertesviktpasienten

Promote coping and quality of life for heart failure patients

Antall ord: 12394

BASY 2014

2017

Sammendrag

Tittel: Fremme mestring og livskvalitet hos hjertesviktpasienten

Promote coping and quality of life for heart failure patients

Bakgrunn: Pasienter med hjertesvikt er en pasientgruppe sykepleiere ofte møter på somatisk sykehus. Hjertesviktpasienter har en dårlig prognose og blir stadig re-innlagt på sykehus grunnet symptomforverring. Egne erfaringer sier at kommunikasjon og informasjon opp mot denne pasientgruppen ofte ikke er tilstrekkelig.

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere i somatisk sykehus bidra til å heve egen opplevelse av mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?

Hensikt: Vi vil forklare hvordan sykepleier via kommunikasjon og grunnleggende kunnskap om Joyce Travelbees sykepleietori, empowerment og salutogenese kan fremme mestring og livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.

Metode: Dette er et fordypningsstudie hvor vi benytter oss av både kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse brist i kommunikasjon og hvordan ulike faktorer kan spille inn på pasientens egen oppfatning av livskvalitet.

Oppsummering: Kommunikasjon rettet mot individet, kombinert med salutogen tilnærming og kunnskap om empowerment vil kunne bidra til å styrke pasienten. Klarer vi å styrke pasienten vil dette gi større grunnlag for mestring og vil kunne føre til økt livskvalitet.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 OPPGAVENS HENSIKT	5
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.4 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	6
2. METODE	8
2.1 FORDYPNINGSSTUDIUM.....	8
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNING	9
2.3 LITTERATURSØK	12
2.4 KILDEKRITIKK.....	13
3. TEORI.....	15
3.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIEPERSPEKTIV	15
3.2 KRONISK SYKDOM	17
3.3 HJERTESVIKT	17
3.3.1 <i>Diagnostikk</i>	19
3.3.2 <i>Behandling</i>	19
3.3.3 <i>Medikamentell behandling</i>	19
3.3.4 <i>Kirurgisk behandling</i>	19
3.4 KOMMUNIKASJON	20
3.5 STYRKE PASIENTEN FOR VEIEN VIDERE	21
3.5.1 <i>Salutogenese</i>	21

3.5.2	<i>Empowerment</i>	22
3.5.3	<i>Mestring</i>	23
3.5.4	<i>Livskvalitet</i>	24
3.5.5	<i>Livskvalitet og hjertesvikt</i>	25
4.	DRØFTINGSDEL	27
4.1	SYKEPLEIERS BRUK AV KOMMUNIKASJON I MØTE MED HJERTESVIKTPASIENTEN	27
4.2	HJELPE PASIENTEN TIL Å TA KONTROLL I EGET LIV.....	30
4.3	PASIENTEN SER EN HØYERE GRAD AV SAMMENHENG OG FØLER MESTRING	32
4.4	BEVARE HÅPET, ØKE LIVSKVALITETEN.....	34
5.	OPPSUMMERING	37
6.	LITTERATURLISTE	38

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter tre år med sykepleierutdanning har vi sammen kommet frem til at vår bacheloroppgave skal omhandle et tema med høy relevans for vårt fremtidige yrkesvalg. Vi ser begge for oss en karriere som sykepleiere på medisinsk avdeling ved somatisk sykehus og har diskutert temavalg til bacheloroppgaven over lengre tid. Vi bestemte oss etter hvert for at vi ville skrive om noe relatert til kommunikasjon opp mot hjertesviktpasienter. Hjertesvikt er årsaken til minst 5% av alle akutte innleggelser (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2017) og et problem hos ca. 20% av pasientene på indremedisinsk avdeling (Nielsen & Hildebrandt, 2009, s. 21). Ved praksis på medisinsk avdeling møtte vi pasienter med kronisk hjertesvikt som primær- eller sekundærsykdom. Der erfarte vi at kommunikasjonen knyttet opp mot disse pasientene ofte var utilstrekkelig, og at mangel på oppmerksomhet og informasjon videre kunne føre til frustrasjon, fravær av mestringsfølelse og reinnleggelser grunnet forverring av hjertesviktsymptomer. Dette kan senke livskvaliteten til pasienten.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er at vi skal tilnærme oss mer kunnskap om sykepleie til hjertesviktpasienter, slik at vi som fremtidige sykepleiere på medisinsk avdeling kan utøve god sykepleie til våre pasienter. Vi ønsker også å få frem viktigheten av å se individet bak sykdommen og ha fokus på Travelbees menneske-til-menneske-forhold. Det blir viktig for oss å få frem at sykepleieres oppgave ikke bare omhandler behandling av sykdom og symptomer, men at vi også skal styrke pasienters mestringssevne og livskvalitet. Gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, med kommunikasjon som fremgangsmåte og der begrepene salutogenese og empowerment står sentralt ønsker vi å fremme mestring som videre kan heve pasientens egen opplevelse av helse og livskvalitet. Pasienter i somatisk sykehus blir tatt hånd om medisinsk, men det eksistensielle behovet kan falle bort grunnet mye fokus på patogenesen og ikke helhetlig sykepleie. Pasientens egen opplevelse av helse skal stå i fokus. Ved å skrive denne oppgaven håper vi også på å tilegne oss ny kunnskap som vi kan formidle videre til våre fremtidige arbeidskollegaer, og sammen heve nivået på sykepleien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av informasjonen vi oppgir innledningsvis har vi valgt å formulere følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere i somatisk sykehus bidra til å heve egen opplevelse av mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?

1.4 Avgrensing av problemstilling

Vi har avgrenset dette fordypningsstudiet til å omhandle sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt på sengepost i somatisk sykehus. Vi har valgt å ikke komme med konkretiserte tiltak i drøfting, da vår oppgave bygger mer på sykepleiers tilnærming i møte med pasient. Mestring og livskvalitet kan fremmes på ulike måter og denne oppgaven vil fokusere på hvordan dette kan fremmes gjennom kommunikasjon, salutogenese og empowerment. Pasientgruppen vår er avgrenset til de med asymptomatisk hjertesvikt, lett hjertesvikt og moderat hjertesvikt. Vi velger å ikke inkludere pasienter med alvorlig grad av hjertesvikt, da denne pasientgruppen vil ha behov for en mer palliativ sykepleie som ikke vil være fokus i denne oppgaven. Pasienter med psykisk utviklingshemming, betydelig kognitiv svikt eller andre pasientgrupper med dårligere forutsetninger for å klare seg selv har vi valgt å ikke inkludere i oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygging

Vår oppgave starter med en innledning hvor vi presenterer vår begrunnelse for valg av tema og oppgavens hensikt. Deretter følger presentasjon og avgrensing av problemstillingen. I metoddelen vil vi belyse ulike metoder for forskning, samtidig som vi presenterer forskning vi finner relevant til oppgaven. Litteratursøk og kildekritikk finnes også i metodekapittelet. Videre følger en teoridel hvor vi belyser Joyce Travelbees sykepleieteori som fokuserer på det mellommenneskelige aspektet. Teoridelen vil også ta for seg sentrale begreper i vår oppgave. Vi vil opplyse om hva kronisk sykdom er og videre om sykdommen hjertesvikt, hva som kan forårsake hjertesvikt og eventuell behandling. Deretter følger en teoridel som tar for seg begrepet kommunikasjon, hva kommunikasjon er, og hvordan en kan bruke det. Videre setter vi fokus over på salutogenese, empowerment, mestring og livskvalitet. Etter teoridelen følger

et drøftingskapittel hvor vi vil drøfte problemstillingen opp mot faglitteratur, forskning og egne erfaringer. Til slutt følger et oppsummeringskapittel.

2. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2012, s. 111).

Metode er et hjelpemiddel, et verktøy vi bruker som forteller om hvordan vi finner frem til aktuell litteratur og kunnskap. Metoden kan benyttes på forskjellige måter, skal vi samle inn data på grunnlag av en større mengde mennesker, vil vi benytte oss av kvantitativ metode. Dersom vi heller vil ha en mer kvalitetssikret datainnsamling, hvor en går dypere inn for å hente ut informasjonen, kalles dette en kvalitativ metode (Dalland, 2012, s. 112-114).

Det er ulike fordeler ved bruken av de ulike metodene. De kvantitative metodene kan gi oss muligheten til å se hvor stor del av en befolkning som har vært innlagt på somatisk sykehus i løpet av et år. Fokusområdene til de kvantitative metodene kan være presisjon, bredde, det gjennomsnittlige og systematikk. De kvalitative metodene kjennetegnes av aspekter som følsomhet, dybde, helhet og forståelse, og kan gå mer inn i dybden på mindre grupper, finne pasienters mening og opplevelse rundt det å leve med en gitt sykdom. Videre kan valg av metode stille ulike krav til den som utfører undersøkelsen. I de kvantitative studiene som går ut på å telle, vil det ikke være like mange krav til utøver som for eksempel ved en kvalitativ studie på intervjunivå, der utøveren må intervju pasienter (Dalland, 2012, s. 112-114).

Vår oppgave inneholder forskningslitteratur bygget på både kvalitative og kvantitative metoder. Dette for å kunne tilegne oss kunnskap om hvordan majoriteten fungerer, men også for å se hvordan det enkelte individet opplever å bli ivaretatt.

2.1 Fordypningsstudium

Vår oppgave er et fordypningsstudium hvor vi samler inn relevant fag- og forskningslitteratur som vi fordyper oss i, analyserer og drøfter opp mot egne erfaringer fra praksis og videre opp mot egen problemstilling. Vi benytter oss av eksisterende kunnskap, og går strategisk til verks for å finne den relevante litteraturen.

2.2 Presentasjon av forskning

Vår første forskningsartikkel «*Meeting the Communication and Information Needs of Chronic Heart Failure Patients*» (Harding et al. 2008) er en britisk studie. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som omhandler kommunikasjon og informasjon til hjertesviktpasienter. Det er 20 pasienter med hjertesvikt, 11 av deres pårørende og seks som jobber på avdelingen som deltar i undersøkelsen. Artikkelen tar for seg hvor mye informasjon pasientene får med seg, og hvilke spørsmål de har rundt egen sykdom og situasjonen de er i. Det er ofte de samme spørsmålene som går igjen, de forstår ikke symptomene ved hjertesvikt, hvorfor det blir væskeopphopning i kroppen, og vil gjerne vite mer om medisineringsen de får. Behandlingen de får på sykehus handler mest om hvordan medisinene videre skal reguleres, ikke hvordan pasienten selv skal fungere videre i hverdagen. Pårørende til pasientene stiller spørsmål i forhold til videre utvikling av hjertesvikten, om svikten vil bli forverret eller om den vil holde seg stabil. Pasienter og pårørende følte de hadde fått mye informasjon, men at det ble gitt veldig mye informasjon på en gang, noe som gjorde det vanskelig å vite om det de fikk med seg var tilstrekkelig. Dette førte videre til at pasienter og pårørende ikke visste hvilke spørsmål de skulle stille, samtidig følte de at helsepersonellet hadde altfor dårlig tid til at de kunne stille spørsmål. Helsepersonell fortalte også at det var vanskelig å kartlegge hvilken informasjon pasienter som stadig kom inn hadde fått, og hva de eventuelt hadde fått med seg av det. En pårørende foreslo at en samtale med helsepersonell og hele familien kunne gjort mye godt, da alle kunne stilt spørsmål og fått svar på det de lurte på.

Vi har erfart i praksis at det er mange re-innleggelses på sykehuset, grunnen er ofte mangel på informasjon og kunnskap hos pasienter og deres pårørende. Dette er noe som gjenspeiles i artikkelen. Vi valgte derfor denne artikkelen da den har høy relevans til vår oppgave.

Vår andre forskningsartikkel «*When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients` knowledge of and attitudes toward medical information*» (Åsgård, Hermerén & Herlitz, 2004) er en svensk studie. Det er en studie gjort på hjertesviktpasienter som omhandler hvor mye informasjon pasienter har fått angående hjertesvikt og medisineringsen. Videre tar den for seg hvor mye de hadde fått med seg av informasjonen og om de ville informeres om prognose. Det ble brukt en kvalitativ metode, og kriteriene for å delta var at de hadde diagnosen hjertesvikt som primærsykdom, være fylt 60 år og er mentalt kompetent. Det var 40 pasienter som deltok og studien viste at flertallet ikke visste hva kronisk hjertesvikt hadde gjort med hjertet deres. Det var også spørsmål i forhold til prognosen til pasientene, om

de ville vite hvor dårlig prognosen deres var, eller om de ville få en påpyntet versjon. Her ville flertallet ikke vite om en dårlig prognose, fordi det kunne føre til redusert håp for livet videre, og pasientene sa at alle skulle dø engang uansett, hvorfor vite når.

Vi valgte denne forskningsartikkelen fordi den forteller noe om hvor lite enkelte pasienter vet om deres hjertesvikt. Videre omhandler den informasjonsflyt til pasienter, og hva pasienter ønsker av informasjon.

Den tredje forskningsartikkelen vi fant «*Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs*» (van der Wal et al. 2006) er en nederlandsk artikkel som tar for seg hjertesviktpasienter, hvilke tiltak de følger opp når de kommer hjem og hvilken kunnskap de har i forhold til egen situasjon. Ved å ikke følge opp behandling og restriksjoner, kan det føre til forverring av hjertesviktsymptomene som igjen fører til nye sykehusinnleggelser. I artikkelen ble en kvantitativ metode brukt. Pasienter som var med i dette studiet var også med i en understudie, kalt COACH, som går ut på undervisning og rådgivning til hjertesviktpasienter. I dette studiet fulgte de opp hjertesviktpasienter før innleggelsen, og noen kriterier måtte være oppfylte. De måtte ha dokumentert bruk av diuretika og hjertesvikt symptomer minst en måned før innleggelsen. 501 pasienter møtte kriteriene for studiet, hvor gjennomsnittsalderen var på 72 år. Over 90% brukte de medisinene de skulle. 83% fulgte diett, men det ble rapportert om motivasjonsproblemer, og noen følte at natriumrestriksjonsdietten var uspiselig. 73% fulgte opp vannrestriksjonene, men det var mer enn 1/3 som hadde problemer med det. Mesteparten på grunn av tørsten, men deler visste ikke at de hadde restriksjonene i utgangspunktet. Bare 35% fulgte opp veiingen, på grunn av uvitenhet, mangel på motivasjon og at de glemte det. Hele 80% fortalte at de visste om viktigheten med trening, men bare 39% fullførte det. Grunnene var mangel på energi og at det førte til en forsterkning av hjertesviktsymptomene. Pasienter fortalte at de mangler kunnskaper innenfor hjertesvikten og symptomene, og det er en stor utfordring for helsepersonell å undervise pasientene slik at de får mer kunnskap. Artikkelen legger vekt på viktigheten rundt pasientens forståelse av egen sykdom, men også å hjelpe de til å tro på behandlingen de får. Det å få pasientene til å følge opp oppgaver og restriksjoner samt ha kunnskap om sykdommen er viktig, slik at de for eksempel ved stor vektøkning vet at de må ta kontakt med helsepersonell. Samtidig viser forskningen til at ved god forståelse av sykdom og hvordan restriksjoner fungerer vil det være mulig å forhindre forverring av symptomene.

Denne artikkelen tar for seg vår pasientgruppe, og det vi har erfart i praksis. Pasienter sliter med å forstå all informasjonen de blir gitt, men forfatterne skriver også om at vi ikke bare skal fortelle hva de ikke skal gjøre, men også hva som skjer om de gjør/ikke gjør, og hva de da eventuelt skal foreta seg hvis de merker noen av symptomene.

Den fjerde forskningsartikkelen vi har tatt for oss «*Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients*» (Park, Malone, Suresh, Bliss & Rosen, 2008) er en amerikansk forskningsartikkel og tar for seg pasienters forhold til mestring, mening i livet og livskvalitet. Artikkelen tar utgangspunkt i en tidligere forskningsartikkel som omhandler mestringsstrategier knyttet opp mot livskvalitet hos personer med kreft. I den nye forskningsartikkelen vil forfatterne ta for seg mestring opp mot livskvalitet hos hjertesviktpasienter. De vil også se om mestring kan føre til forandring i hvordan disse pasientene ser på livet. Det ble brukt en kvantitativ metode, hvor kriteriene var: sykehusinnleggelse det siste året, være over 40 år, og ikke ha noen psykiske eller kognitive svekkelser. Deltakerne fikk utdelt tre spørreskjemaer ved to forskjellige anledninger, det var seks måneders mellomrom for å se om det var endring i pasientens opplevelse. Et skjema tok for seg hvor mye hver enkelte følte livet ga mening, et tok for seg mestring, om deltakerne føler mestring, eller om de er i benektelse ovenfor sykdommen og et skjema om deres helse knyttet opp imot livskvalitet. Fra den første undersøkelsen til den andre viste studien at det var en negativ utvikling i opplevelse av mestring og livskvalitet til noen av pasientene som deltok, men de pasientene som aksepterte og prøvde å forstå deres sykdom hadde en høyere opplevelse av mestring og livskvalitet.

Dette er en artikkel som omhandler mestring, meningen med livet og helse relatert til livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt. Artikkelen er relevant for vår oppgave, og belyser hvordan mestringsstrategien å akseptere egen sykdom kan bidra til å fremme livskvalitet.

Den femte forskningsartikkelen vår «*Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure*» (Nahlén & Saboonchi, 2010) er en svensk forskningsartikkel hvor forfatterne vil finne ut om ulike mestringsmetoder og om en følelse av sammenheng i sykdommen kan ha positiv eller negativ effekt på individene. Det ble brukt en kvantitativ metode hvor tre forskjellige spørreskjemaer ble brukt. Et om følelse av sammenheng, en test som stilte spørsmål om forståelse, håndterbarhet og betydningsfullhet. Et skjema om mestring og et som skulle måle om de var påvirket positivt og negativt. Resultatene viste at personer som var i benektelse, skyldte på seg selv eller hadde lite tanker

rundt sykdommen hadde mer negative sider med sykdommen, mens personer som hadde akseptert sykdommen hadde mer positive tanker. Den viste også at pasienter med høy «Sense of Coherence» (SOC), hadde større sannsynlighet for å oppleve at de hadde kontroll i situasjonen, samt mestre den.

Vi har valgt denne artikkelen, fordi den tar for seg den positive effekten mestring har på individene, noe som vi også har erfart i praksis, og som vi har lyst til å legge vekt på i oppgaven vår.

Informasjon og kommunikasjon knyttet opp mot forståelse av symptomer og sykdom, og videre mot opprettholdelse av restriksjoner og tiltak blir belyst i forskningen vi har funnet. Videre tar forskningsartiklene for seg hvordan SOC er en faktor som spiller inn i mestringsevne. Noen av artiklene tar også for seg pasienters opplevelse av mening med livet og hvordan det å vite prognose kan ha stor innvirkning på håp og for livskvaliteten videre. Dette er alle faktorer som spiller inn i vår oppgave og vil være med i vår drøftingsdel.

2.3 Litteratursøk

Vår bacheloroppgave skal bygges på relevant fag- og forskningslitteratur. Vi begynte med å finne relevant faglitteratur, dette gjorde vi ved å plassere problemområdene våre innen forskjellige hovedemner, som beskrevet i Dalland (2012, s. 68). Da vi for eksempel skulle skrive teoridel om hjertesvikt lette vi etter bøker på biblioteket som omhandlet temaet hjertesvikt og hjertesviktpasienter, dette gjorde at vi raskt fikk en oversikt over aktuelle bøker vi ville benytte oss av videre. Denne metoden benyttet vi oss også av da vi lette etter aktuell litteratur på de andre valgte temaene.

Før vi begynte søk etter relevant forskningslitteratur diskuterte vi aktuelle søkeord som kunne hjelpe oss til å effektivisere søkeprosessen. Våre søkeord var hovedsakelig på engelsk, da dette ga oss muligheten til å søke i flere databaser, men vi forsøkte også å bruke norske søkeord. Vi var inne på flere søkeord, men til slutt var det «Heart failure», «Quality of life», «Coping», «SOC», «Sense of coherence», «Communication», «Knowledge», «Information», «Compliance», «Hjertesvikt», «Livskvalitet» og «Mestring» som ble stående igjen til søkeprosessen.

Søkeordene ble kombinert opp mot hverandre og ga mye ulike resultater. Vi benyttet oss av databasene SweMed+, Sykepleien.no, Cinahl og PubMed. Søkeordene «Heart failure», «communication» og «information» ga 66 treff i Cinahl, her fant vi en relevant forskningsartikkel. «Heart failure», «Coping» og «Sense of coherence» gav 6 treff i PubMed, her fant vi en aktuell forskningsartikkel. «Coping», «Quality of life» og «Heart failure» ga 235 treff i PubMed, vi fant en aktuell forskningsartikkel. «Compliance», «Knowledge» og «Heart failure» ga 216 treff i PubMed, vi valgte en forskningsartikkel herfra. «Heart failure», «Knowledge» og «Information» ga 122 treff i Cinahl, og vi fant vår siste forskningsartikkel her. Vi gjorde flere søk med andre kombinasjoner av søkeord, både i Cinahl og PubMed, men også i SweMed+ og Sykepleien.no sine databaser.

Alle våre fem forskningsartikler er skrevet på engelsk. Faglitteraturen vi har valg består av norsk, svensk og dansk litteratur.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 74) skriver at for å velge ut riktige kilder, må en ta for seg gyldighet, holdbarhet og relevans. Dette er kriterier som må være med når du skal velge en forskningsartikkel. For å finne ut om artikkelen er relevant til oppgaven, må en se om den svarer på problemstillingen, det vi skriver om i oppgaven, og vi må tenke på hvordan vi kan bruke den valgte kilden. Videre skriver Dalland (2012, s. 74) om kriterier som skal være med for at artikkelen skal være pålitelig, hvem som skriver artikkelen og hva er formålet med den. Hva slags tekst er det og når kom artikkelen ut. Da vi lette etter aktuelle artikler hadde vi denne søkeprosessen i tankene, og valgte artikler vi mente kunne brukes til å besvare vår oppgave.

Pasienter med hjertesvikt er som tidligere nevnt en pasientgruppe en ofte møter på sykehus, og det er gjort mye forskning på denne pasientgruppen. Utvalget av forskning er derfor stort, som er en fordel, men det kan også by på utfordringer. Siden det er så mange artikler, må vi stille oss kritiske til forfatterne og tidsskriftene de er publisert i. Dette gjør søkeprosessen lang, men nødvendig for å finne relevant forskning som er i samsvar med vår problemstilling.

Når vi har lett etter artikler som omhandler pasienter med hjertesvikt har vi sett etter artikler fra år 2000 og til nå, og valgt ut de vi mener passer best til vår problemstilling. Vi mener at en artikkel fra år 2005 kan være like relevant som en artikkel fra 2014, grunnet temaet vi har valgt

går på kommunikasjon og det å se individet. Hadde vi valgt å skrive om medisinsk behandling, ville det vært naturlig og benyttet seg av den ferskeste forskningen. Forfatterne av forskningsartikkelen bør en også sjekke ut, både i forhold til om de har utgitt noe før, men også forfatterens grad av utdanning og eventuelt ansettelsessted (Dalland, 2012, s. 75).

Vi har også valgt å bruke mye faglitteratur vi finner relevant til vår oppgave. Relevansen blir på samme måte som i forskning, og vi ser spesielt på hvem som er forfatteren av boka, og hva innholdet handler om.

3. Teori

3.1 Joyce Travelbees sykepleieperspektiv

Joyce Travelbees sykepleietenkning var spesielt rettet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hennes filosofier og teorier har fortsatt stor innflytelse på sykepleieutdanningen. Begrepet empati og uttrykket «terapeutisk bruk av seg selv» var noe Travelbee satt høyt i sin sykepleietenkning (Kristoffersen, 2011, s. 213-216).

Sykepleierens oppgave er å hjelpe å forebygge, mestre, finne mening med sykdom og lidelse, og ha fokus på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, hvordan pasienten opplever å være syk. Pasienten opplever å være i et problem, eller en krise som kan kjennetegnes med lidelse og mangel på mening (Kristoffersen, 2011, s. 216-217).

Travelbee (1997) skriver om kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten. Kommunikasjonen er der hele tiden, i form av hvordan en reagerer, oppfører seg, ansiktsuttrykk og kroppsspråk verken en er klar over det eller ei. Enhver situasjon er en mulighet til å nå frem til pasienten, skape et menneske-til-menneske-forhold og oppnå meningen med sykepleie (Travelbee, 1997). Det å skape et menneske-til-menneske-forhold er viktig, og sykepleierens rolle blir da å skape et slikt forhold, samtidig som å bevare pasientens håp og at pasienten aksepterer sårbarhet i situasjonen. For å skape et slikt forhold må sykepleieren oppføre seg profesjonelt ovenfor den individuelle pasienten, familien eller samfunnet han blir møtt av. Sykepleieren må møte pasienten med kunnskaper om emnet og kunnskaper om fremgangsmåter på hvordan en skal møte en pasient, og hele tiden ha i tankene at en skal terapeutisk bruke seg selv. Med terapeutisk bruk av seg selv, menes egenskapen å bruke sin egen personlighet i ett forsøk på å skape en relasjon. For å kunne bruke seg selv må en ha selvinnsikt og forståelse av hvordan mennesket oppfører seg i ulike situasjoner (Travelbee, 1997).

Travelbee mener at alle mennesker er forskjellige, og at en skal forholde seg til personer som om de er unike, at hver enkeltes opplevelse av sykdom og lidelse vil være personlig. Når pasienter opplever sykdom, lidelse og smerte mener Travelbee at mennesker har en unik evne til å søke etter mening med dette. Dette er individuelt fra person til person, og mennesker som opplever sykdom og lidelse kan derfor ha en anledning til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen, 2011, s. 216). Kulturen en person kommer fra kan ha betydning for hvordan

pasienten opplever sykdom og lidelse. Familien kan også være betydningsfull for pasienten, men selv om disse faktorene kan spille inn på sykepleie til mennesket har Travelbee enkeltmennesket i hovedfokus (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Travelbee har ikke gitt noen forklaring på begrepet helse, men hun stiller spørsmål til hvordan sykepleiere kan jobbe for å «fremme helse» når de ikke har noen klar forståelse for hva god helse innebærer. Hun skiller mellom subjektiv og objektiv sykepleie. Dette fordi pasienten kan ha en annen forståelse av hva helse er, enn hva en diagnose sier. Pasienten er ikke nødt til å ha dårlig helse fordi diagnosen sier det, pasienten er så syk eller frisk som den selv føler seg. God helse er også individuelt, og varierer hva personen selv mener er god helse. For eksempel kan en person mene han har god helse hvis han får gjort dagligdagse gjøremål på egenhånd (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Sykepleieteorien til Travelbee bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og det at et menneske ikke kan gå gjennom livet uten lidelse og smerte. Utførelsen av sykepleie til disse personene vil da være å hjelpe personen til å finne mening i den situasjonen han gjennomgår. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der en person, familie eller et samfunn trenger hjelp fra en sykepleier til å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og videre hjelper dem med å finne mening. Sykepleierens oppgave er ikke bare å behandle pasienter for deres sykdom eller lidelse, men også hjelpe pasienten til å se mening i den. Travelbee skriver om at sykdom er ikke ønskelig, og det kan være vanskelig å finne noe positivt i det. Sykdom og lidelse er menneskelig, men om en finner mening med sykdommen kan dette være en opplevelse en person kan ta kunnskap fra (Travelbee, 1997).

Travelbee skriver også om at et menneske må bevare håpet i situasjoner. Håp vil si å se en ende på noe, eller at en kan ha forventninger om å oppnå noe. En håpende person tror at livet kan bli forandret til noe bedre, at livet kan bli mer komfortabelt, meningsfylt eller godt å leve. Pasienter med kronisk sykdom som har et håp om å bli helt frist har et urealistisk mål, men disse personene har i det minste et håp, i forhold til personer som ikke har noen håp om forbedring, og kanskje heller ikke ser noen vei ut av vanskelighetene (Travelbee, 1997).

3.2 Kronisk sykdom

Det finnes flere definisjoner på hva kronisk sykdom er. Mary Curtin og Ilene Lubkin har valgt å definere kronisk sykdom som en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 13). Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange som lever med kronisk sykdom, grunnet at det er vanskelig å vise til objektive kriterier da det er pasientens egne opplevelse av sykdom en tar i betraktning og sykdom oppleves individuelt (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 14). Noen kroniske sykdommer er mer alvorlig enn andre. Én sykdom kan følge pasienten gjennom livet helt til pasienten dør med den, mens andre kan forverres over tid til pasienten dør av den. Selv om kroniske sykdommer har forskjellig forløp og spiller forskjellig inn på livet, er et fellestrekk at sykdomsutviklingen til dels avhenger av hvordan man håndterer og mestrer å leve med den. Klarer pasienten å akseptere endringer i livet, tap av funksjoner, rolleendringer, tilegne seg kunnskap og bevare håp, vil dette kunne bidra til å bevare livskvaliteten (Wahl & Hanestad, 2007, s. 55-56).

3.3 Hjertesvikt

Hjertets oppgave er å pumpe blodet rundt i kroppen slik at cellene blir forsynt med oksygen og kan kvitte seg med avfallsstoffer. Vi har to pumpefunksjoner i hjertet, høyre og venstre hjertehalvdel. Den høyre hjertehalvdelen pumper blod ut i lungearterien, videre opp til lungene der det utveksles karbondioksid og oksygen. Venstre hjertehalvdel pumper blodet ut i aorta og videre ut til andre organer (Nicolaysen, Leergaard, Berg & Inngjerdingen, 2014, s. 160-161). Dersom hjertets pumpeevne blir svekket og ikke klarer å yte like mye som tiltenkt, kaller vi dette hjertesvikt. Hjertesvikt kan være kronisk eller oppstå akutt, men den blir også skilt mellom høyresidig og venstresidig, samt om det er i diastolen eller systolen. Diastolisk hjertesvikt kan føre til stuvning av blod i lungene og deretter dyspné (tungpust). En systolisk hjertesvikt gir redusert ytelseevne av muskler og vev. Vi skiller også mellom hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon (pumpeevne) og svikt med redusert ejeksjonsfraksjon. Ved bevart ejeksjonsfraksjon er venstre ventrikkel uforandret i størrelse, mens den ved redusert ejeksjonsfraksjon er utvidet. Hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon kommer ofte av flere årsaker, som hypertensjon og diabetes, dette fører over tid til at hjertemuskulaturen kan bli stiv og uelastisk. Ved redusert ejeksjonsfraksjon er hjertemuskulaturen ofte skadet på grunn

av hjerteinfarkt og vil gradvis forverre hjertefunksjonen, gi flere symptomer og ende opp i død. 70% av tilfellene med redusert ejsjonsfraksjon er som følge av iskemisk hjertesykdom i forkant, sjeldnere årsaker kan være feil på hjerteklaffene, hypertensjon, myokardi og takykardi. I Norge har ca. 2-3 % befolkningen hjertesvikt og sjansen for å få hjertesvikt øker med alderen (Ørn & Brunvand, 2011, s. 173-175).

Symptomene som følger hjertesvikt vil gradvis forverres, som forverring av dyspné ved anstrengelse eller ved at pasienten ligger flatt. Det vil også være perioder der pasienten opplever akutte forverringer av tilstanden, hvor en i ettertid kan oppleve et enda større funksjonstap, frem til pasienten dør (Ørn & Brunvand, 2011, s. 173-175). Pasienter som lever med hjertesvikt vil erfare individuelle begrensninger på hvor stor aktivitet en kan være i før det resulterer i tungpust. Pasienters hjertesvikt bør derfor videre graderes da dette har betydning for pasientens behandling og prognose. Eikeland, Haugland & Stubberud (2010, s. 222) skriver at New York Heart Association (NYHA) har laget et klassifiseringssystem der hjertesvikt graderes inn i fire forskjellige nivåer.

- Funksjonsklasse I. *Asymptomatisk hjertesvikt*. Pasienten har hjertesvikt uten begrensninger i vanlig fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet medfører ingen følelse av utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
- Funksjonsklasse II. *Lett hjertesvikt*. Pasienten har hjertesvikt med lett begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile og ved lett fysisk anstrengelse, men større belastninger gir tydelig utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
- Funksjonsklasse III. *Moderat hjertesvikt*. Pasienten har hjertesvikt med markert begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile, men lett fysisk aktivitet som påkledning eller gange i lett motbakke gir utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
- Funksjonsklasse IV. *Alvorlig hjertesvikt*. Pasienten har hjertesvikt som ikke tillater noen form for fysisk aktivitet uten at det gir ubehag. Symptomer som skyldes hjertesvikten er til stede i hvile.

Både sykkeligheten og dødeligheten hos hjertesviktpasienter er høy, og gjennomsnittlig forventet levetid er fire år. Etter første sykehusinnleggelse er opp mot 40% av pasientene med hjertesvikt innlagt på ny eller døde (Ørn & Brunvand, 2011, s. 173-175).

3.3.1 Diagnostikk

Tungpust, ødemer og redusert ytelse kan være symptomer ved flere sykdommer, derfor trengs det flere undersøkelser for å kunne diagnostisere en hjertesvikt. Ved mistanke om hjertesvikt vil pasienter bli undersøkt av lege. Legen vil blant annet undersøke hjertelyder, ødemer, se etter lungestuvning og forstørret lever, det vil bli tatt røntgen for å se etter økt størrelse på hjertet, lungestuvning og pleuravæske. Ultralyd og EKG brukes også til å diagnostisere hjertesvikt. Blodprøver med forhøyet BNP er også tegn på hjertesvikt (Ørn & Brunvand, 2011, s.175).

3.3.2 Behandling

Hensikten med behandling av hjertesvikt er å redusere hjertets arbeidsmengde, optimalisere hjerteminuttvolumet, forebygge akutte forverringer av svikten og utvikling av lungeødem. Behandlingen kan være både kirurgisk og medikamentell. Det vil være essensielt for behandlingen at pasienten har god kunnskap om situasjonen da dette vil være med på å legge et godt grunnlag for veien videre (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s. 224-225). Pasienten kan selv være med på å stabilisere sykdommen, en form for egenbehandling. Her går pasienten i samarbeid med veileder inn for å gjøre endringer i kosthold, begrense inntaket av salt i mat, ha restriksjoner på væskeinntak, fysisk aktivitet, avstå fra alkohol og slanking dersom pasient er overvektig. Dette er livsstilsendringer som vil være med på å bremse utviklingen av hjertesvikten (Jacobsen et al, 2009, s. 49-50).

3.3.3 Medikamentell behandling

Den medikamentelle behandlingen av hjertesvikt kan bestå av diuretika, ACE-hemmere, angiotensinantagonister, digitalis og betablokkere, det er også andre legemidler som kan benyttes. Den medikamentelle behandlingen vil gå parallelt med kirurgisk behandling, eller så er det den eneste formen for behandling sammen med egenbehandling (Jacobsen et al, 2009, s. 50). Undervisning om hvordan medikamentene fungerer er også viktig, her vil det være aktuelt å ha med pårørende (Ørn & Brunvand, 2011, s. 176).

3.3.4 Kirurgisk behandling

En operativ behandling vil normalt ikke være aktuelt før pasient har en sterkt nedsatt hjertefunksjon, funksjonsnivå III (NYHA) eller lavere (Jacobsen et al, 2009, s.49). Et

alternativ innen operativ behandling er å sette inn en hjertesvikt-pacemaker, dette vil hjelpe å synkronisere kontraksjonen av venstre ventrikkel slik at hjertet kan pumpe blod på en mer effektiv måte. En implanterbar hjertestarter vil også være et alternativ, dette gjelder de hjertesviktpasientene som har alvorlige hjerterytmeforstyrrelser. Et siste alternativ dersom hjertefunksjonen er livstruende dårlig vil være en hjertetransplantasjon. Med hjertetransplantasjon følger det en betydelig risiko, både selve inngrepet, men også perioden etter operasjon kan være dødelig. Her må pasientens alder og tilstand vurderes godt før et eventuelt inngrep skal være aktuelt (Ørn & Brunvand, 2011, s. 176-177).

3.4 Kommunikasjon

Et av de viktigste redskapene vi som sykepleiere har er kommunikasjon, et verktøy som gir oss muligheten til å skape gode mellommenneskelige forhold (Jørgensen, 2010, s. 12). Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare*, som betyr å gjøre felles. Vi bruker kommunikasjon til utveksling av meningsfull informasjon mellom to eller flere personer, en vei til å kunne oppnå målene vi har for både pleie og behandling. For å kunne bruke kommunikasjonsredskapet på en optimal måte er sykepleieren nødt til å ha både en god teoretisk kunnskap om kommunikasjon, men også erfaring på hvordan å bruke det som et redskap i praksis (Jørgensen, 2010, s. 14).

Et dynamisk samspill mellom innholds- og forholds nivå skaper god kommunikasjon. Budskapene vi formidler via kommunikasjonen, det være verbalt eller nonverbalt, utgjør innholdet. Samhandlingen, den interpersonale relasjonen mellom de ulike personene i samtalen utgjør forholdet. I kommunikasjon mellom pasient og sykepleier vil kommunikasjonen skille seg fra en vanlig dagligdags samtale. Innholdet omhandler pasientens situasjon og forholds nivået i samtalen vil skille seg ut da den ene parten vil være hjelpetrengende, og vil forvente hjelp fra fagkompetente sykepleiere. Det vil i slike situasjoner være forventet at sykepleier skal kunne hjelpe og innholdet i kommunikasjonen skal formidles på en profesjonell måte med god faglig begrunnelse (Hansson, 2010, s. 36).

Behovet for kunnskap og informasjon er ofte stort når en blir syk. Det vil være mye nytt å forholde seg til, og en vil trenge informasjon og kunnskap om sykdommen man har, prognose, behandling, medikamentenes virkning og bivirkning og lignende. Kommunikasjonen må skje på pasientens egne premisser, vi er nødt til å finne ut av pasientens informasjonsbehov og

informere på en måte at pasienten forstår det som blir sagt. Blir informasjonen tilrettelagt den enkelte pasient, slik at en får en god forståelse for situasjonen, vil dette kunne gi pasienten et større grunnlag for å mestre veien videre (Eide & Eide, 2007, s. 292). Eide & Eide (2007, s. 292) forteller videre om tre hovedoppgaver vi har under en informasjonssamtale. Vi må undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap, videre skal vi skaffe informasjon, planlegge og identifisere mål og til slutt informere på en god måte, gjennom dialog og samhandling.

Under selve formidlingen av informasjonen er det viktig at den er fullstendig, men vi må passe på at vi ikke gir for mye informasjon på en gang. For mye informasjon vil ofte føre til at pasienten ikke får med seg alt som blir sagt eller glemmer mye av informasjonen i ettertid. Det vil også være nyttig å gi informasjonen skriftlig i ettertid. Trygghet er et sentralt begrep i sykepleien, og vi kan hjelpe å bevare tryggheten ved å gi forutsigbarhet. Varsle om undersøkelser i god tid, hva som vil bli gjort på undersøkelsen og hvilke resultater en kan forvente at undersøkelsen gir. Sykepleier må også passe på ordvalget. Det er verken gitt eller forventet at pasienter kan latinsk, sykehusslang eller lignende (Eide & Eide, 2007, s. 293).

3.5 Styrke pasienten for veien videre

3.5.1 Salutogenese

Den patogene tilnærmingen har i lang tid dominert helsevesenet. Det patogene synet søker forklaringer på hvorfor sykdom oppstår, risikofaktorer og hvordan dette skal kunne behandles. Man er enten syk eller frisk, en skal kureres eller lindres, forebygge og redusere risiko. På en annen side vil en salutogen tilnærming ha et annet fokus. Salutogenese kommer av de latinske ordene salut og genes, som betyr helse og opprinnelse. Den Israelske professoren i medisinsk sosiologi, Aron Antonovsky, utviklet den salutogene teorien som har helse og egenomsorg som sentrale begrep, og hvordan en kan bruke helse som ressurs. Antonovski så at mennesker som led av samme sykdom hadde forskjellige utfall av sykdommen. Hvorfor noen mennesker dør og andre overlever, selv om de har den samme sykdommen var spørsmålet han stilte seg (Langius-Eklöf, 2008, s. 57-58). Den salutogene tilnærmingen sier at en både kan være frisk og syk, ikke enten eller. Videre er balanse, helhetssyn, egne opplevelser, livskvalitet, lindring og helsefremming sentrale begreper innenfor salutogenesen. Der den patogene tilnærmingen er dikotomi, som frisk eller syk, betegner heller salutogenese helse som et kontinuum, der det

er grader av helse og at helse er noe som stadig forflytter seg mellom forskjellige stadier. Ved å omtale helse som et kontinuum vil alltid pasienten ha en form for helse, uavhengig av om pasienten er sykdomsfri eller lider av en alvorlig sykdom. Den salutogene tilnærmingen skal ikke sees på som en motsetning til den patogene, men det skal være noe som støtter hverandre. Legen har en mer patogen tilnærming og sykepleieren som oftere er i kontakt med pasienten, kan ha en mer salutogen tilnærming (Langius-Eklöf, 2008, s. 58-59).

Antonovskis teori går ut på at det er den enkelte pasients ressurser, evne til å mestre stressfaktorer og kriser, som legger grunnlaget for opplevelse av helse. Fokuserer man på det friske, ikke stressfaktorene, vil en ifølge Antonovski ha større helsegevinst enn dersom man fokuserer på sykdomsfaktorene, som funksjonstap (Heggen, 2007, s. 76). Menneskets selvhelbredende krefter hjelper oss til å takle belastningene vi møter, og pasienter som står i en livssituasjon preget av trussel og tap vil ha gevinst dersom en har god opplevelse av sammenheng, sense of coherence (SOC) (Kristoffersen, 2011, s. 51-52). Kristoffersen (2011, s. 51-52) skriver videre at høy grad av SOC vil ha stor betydning for pasienten, en innstilling som «det kommer til å gå så bra som mulig». En slik innstilling, som kommer av indre styrke og trygghet, uavhengig av hvilke utfordringer og trusler en møter, vil gi pasienten evne til å se problematiske situasjoner som en utfordring, og samtidig velge korrekt mestringsstrategi. For å kunne oppnå en økt SOC er det tre faktorer som spiller inn, pasienten ha en grunnleggende kognitiv forståelse over situasjonen han befinner seg i, har pasienten det vil det være med på å skape trygghet og kontroll i tilværelsen (Kristoffersen, 2011, s. 53). Det vil ikke være nok å ha en grunnleggende forståelse for situasjonen, den må også være meningsfull. Det er helt avgjørende at pasienten finner mening i situasjonen, finner han det vil det kunne motivere til videre innsats og kamp mot sykdommen. Den siste faktoren er om situasjonen er håndterlig for pasienten, han må oppleve at han har mulighet til å påvirke situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 53). Har sykepleieren en grunnleggende kunnskap om Antonovskis lære vil dette være et redskap en kan bruke i møte med pasienter, med formål om å øke pasientens SOC og gi et større grunnlag for økt livskvalitet.

3.5.2 Empowerment

Empowerment er et ord som blir mer og mer brukt i dagens samfunn selv om det er diffust. Det er et ord som er vanskelig å oversette, og det finnes flere definisjoner på begrepet. Grunnen til at ordet er blitt populært kan skyldes at det innebærer ordet power, som betyr makt, styrke og kraft som er ord som står høyt hos mennesker. Vi vil gjerne føle oss sterke og styre over

våre egne liv. Begrepet assosieres med noe godt og er brukt til å nå forskjellige mål, av politikere, men også av personer som arbeider med å hjelpe mennesker (Askheim & Starrin, 2007, s. 13-15).

Kristoffersen (2011, s. 338) skriver om empowerment, å styrke pasientens ressurser. Empowerment betyr det motsatte av undertrykking, altså å styrke pasientens egne krefter, og fjerne motkrefter. En definisjon på empowerment ble lansert i 1986 i ottawa-charteret: En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (Kristoffersen, 2011, s. 338). Tanken bak empowerment blir knyttet opp mot folkehelsearbeid, og er et oppgjør mot legevitenenskapens måte på å umyndiggjøre, eller bruke enveiskommunikasjon til mennesker som trenger hjelp. Etter dette har det blitt mer toveiskommunikasjon. Empowerment handler om å starte en prosess hos personer, slik at de kan ut ifra dette være med på å påvirke sin egen helse. Det er fortsatt personen selv som har kontroll over sitt eget liv. På denne måten får pasienten økt selvtillit og bedre selvbilde. Videre innenfor empowerment kommer begrepet mobilisering og egenmaktmobilisering frem. Dette handler om at personen hjelper seg selv, tar aktiv del i sitt liv og tar valg i samsvar med hans prioriteringer. Da blir mobiliseringen en prosess, men også et mål. Mobiliseringen kan føre til at personen innehar kunnskaper, ferdigheter og ressurser til å gjøre helsefremmende livsstilvalg (Kristoffersen, 2011, s. 338-340).

I tillegg til å styrke personens selvkontroll, handler også empowerment om å fjerne eventuell avmakt og motgang hos den enkelte. Askheim (2007, s. 22-25) skriver om at avmakt og motkrefter er menneskeskapte, og at de da også kan endres. Men for at det skal skje en endring, er personen selv nødt til å være klar over en eventuell motmakt som holder han tilbake. Det å bevisstgjøre personen på dette blir en viktig arbeidsprosess for at personen kan frigjøres fra motkreftene og begynne å få kontroll på sitt eget liv igjen (Askheim, 2007, s. 22-25).

3.5.3 Mestring

Mestre er å beherske en ferdighet eller situasjon. I dagliglivet mestrer vi matlaging, skolegang, arbeidsliv og eventuelle problemer vi støter på. For å mestre et problem eller en situasjon, har vi fremgangsmåter, mestringsstrategier – en persons egne tanker om hvordan en skal møte problemene, bearbeide de og overkomme fristelser som oppstår underveis (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s. 55). Men for at problemet i det hele tatt skal kunne mestres, er vi nødt til å ha en tro på at situasjonen en gang vil kunne kontrolleres (Eide & Eide, 2007, s. 56).

Eide & Eide (2007) skriver at:

Mestring er ingen lineær bevegelse, men først og fremst en dynamisk prosess hvor man ofte pendler mellom å lukke og åpne seg, mellom å skyve unna og slippe til, mellom kaos og kontroll, mellom forvirring og forståelse, mellom det å forsvare seg, miste taket på situasjonen og det å mestre den gjennom praktisk handling ut fra det situasjonen krever og det som er fysisk mulig. (s. 171)

Mestring er individuelt og mestringskompetanse, hvilken evne den enkelte har for å mestre en oppgave vil variere. Samtidig er mestringsfølelsen en faktor som spiller inn. En pasient med hjertesvikt i NYHA-funksjonsklasse 3 vil kunne føle mestring av å kle på seg og gjøre andre dagligdagse gjøremål, men en frisk person vil ikke føle mestring på samme måte (Heggen, 2007, s. 65). Mestring trenger ikke skje alene og spesielt som pasient vil en kunne trenge hjelp fra andre personer for å få til ønsket mestring. Sykepleiere kan bidra til å fremme mestring hos pasienter da sykepleier både kan hjelpe til å få ting gjort, men også være der som en samtalepartner, hvor en bidrar til å støtte pasientens følelse av eksistens og bidra til å sette mål, både kortsiktig og langsiktig (Eide & Eide, 2007, s.56). Setter en for ambisiøse mål med en gang kan en bli motløs og få en følelse av mangel på mestring, derfor vil delmål være viktig i en mestringsprosess. Ved å oppnå disse delmålene vil en kunne føle at en mestrer, og videre styrke motivasjonen til å fortsette (Barth et al. 2001, s. 57) Motivasjon og tro vil være sentrale begreper i en mestringsfase, har man ikke troen på at en kan mestre situasjonen vil motivasjonen over tid bli borte, og ønsket mestring vil bortfalle (Barth et al. s. 58). Som sykepleier er det viktig at vi fokuserer på pasientens egen opplevelse av helse og sykdom, det er dette som skal være utgangspunktet i mestringen (Wahl & Hanestad, 2007, s. 53).

3.5.4 Livskvalitet

Næss (2001, s. 7-8) skriver om livskvalitet og hvordan ordet brukes forskjellig av mennesker. Det blir da vanskelig å forholde seg til livskvalitetsbegrepet, og finne frem til en konkret definisjon en skal forholde seg til. Rustøen (1991, s. 13-14) skriver også om livskvalitet, at begrepet er viktig, men det finnes mange delte meninger om definisjonen. Dette fordi begrepet er abstrakt, og kan deles opp i to ord: liv og kvalitet. Liv kan bety eksistens, tilværelse og virkelighet. Kvalitet kan bety egenskap, godhet og verdi, så livskvalitet handler om hvilke egenskaper eller verdier som betyr mest for oss for at livene våre skal oppleves som gode (Rustøen, 1991, s. 13-14). Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Næss (2001, s. 10) kommer så med noen eksempler på gode

følelser: kjærlighet, engasjement, glede og noen eksempler på positive vurderinger: tilfreds med eget liv, selvspekt og at en opplever mening med livet. Men det at en har det godt handler ikke bare om å ha gode følelser og vurderinger, det handler også om fravær fra de vonde. Noen eksempler på disse er nedstemthet, angst, ensomhet og misnøye med eget liv, skamfølelse og opplever at en har ubrukte evner. Opplevelser og følelser kan ofte gå inn i hverandre, og det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre noen ganger (Næss, 2001, s. 10).

Rustøen (1991, s. 15-16) forteller om ulike begreper som kan knyttes opp mot livskvalitet, det kan være glede, mental helse, harmoni og trivsel. Trivsel kan sammenlignes med livskvalitet, men det er mer et kortvarig fenomen, en kan trives i perioder av livet, men fortsatt ikke syntes det er noe godt å leve. Glede er en viktig faktor for at en skal kunne oppleve å leve et godt liv. Wladyslaw Tatarkiewicz har fire punkter som han mener er hva som gjør oss mennesker glade: Bli utsatt for stimuli, at kropp og sinn arbeider effektivt, at aspirasjonene våre er oppnåelige og at vi lever i et fellesskap. Disse punktene trekker inn vår psykiske og fysiske helse og forteller hvor viktig det er med fellesskap. Det varierer fra person til person hvilket av punktene som får en til å oppleve mest glede (Rustøen, 1991, s. 15-16).

Næss (2001, s. 10) skriver at Mastekaasa m.fl. (1988) definerer livskvalitet som enkeltindividets bevisste positive og negative, kognitive og følelsesmessige oppleveler. Det kognitive handler om individets egne vurderinger av hvor tilfreds de er med sin livssituasjon. Dette vil også ha en sammenheng med det følelsesmessige aspektet som handler om personens positive og negative reaksjoner (Næss, 2011, s. 11).

3.5.5 Livskvalitet og hjertesvikt

Rustøen (Rustøen, Kirkevold & Kvigne, 2007, s. 167-169) skriver om livskvalitet og hjertesvikt, og sammenligner forskjellen på livskvaliteten hos mennesker med hjertesvikt og normalbefolkningen. Her har hun tatt utgangspunkt i en spørreundersøkelse SF-36 som handler om personers psykiske helse, funksjon og tilfredshet. Her skårer pasienter med hjertesvikt lavere i samtlige kategorier. Ifølge Berry & McMurray er dette noe som er vist i tidligere forskning, at personer med hjertesvikt har lavere livskvalitet på grunn av fysiske symptomer, psykiske problemer og sosiale begrensninger (referert i Rustøen et al, 2007, s. 169). I en annen undersøkelse «Minnesota Living with heart Failure», får vi bedre oversikt over hvilke spørsmål pasienter plages mest med i forhold til hjertesvikten. At de blir

kortpustet, vanskelig å gå i trapper, at de må ligge inne på sykehus og at de blir fort trette og slitne. Dette varierer også i forhold til graden av hjertesvikten. Jo lavere NYHA-klasse jo bedre livskvalitet har personen. Det er også verdt å nevne at selv om livskvaliteten deres var dårligere i forhold til undersøkelsene, var de fortsatt tilfreds med livene sine, som kan skyldes at de har tilpasset seg situasjonen de nå er i, og har godtatt at hjertesvikten vil bli en del av livene deres fremover (Rustøen et al. 2007, s.169-171).

4. Drøftingsdel

I dette drøftingskapittelet vil vi drøfte problemstillingen vår opp mot oppgavens teoridel, samt trekke inn egne erfaringer og relevant forskning i diskusjonen. Drøftingsdelen vil legge vekt på kommunikasjon knyttet opp mot pasient, pasienters opplevelse av helse, empowerment og mestring, og hvordan dette sammen kan fremme livskvalitet.

4.1 Sykepleiers bruk av kommunikasjon i møte med hjertesviktpasienten

Joyce Travelbees sykepleie forteller at målrettet arbeid med kommunikasjon er nødvendig for å opprette en god relasjon mellom sykepleier og pasient, og videre at denne relasjonen er nødvendig for å hjelpe pasienten (Overgaard, 2010, s. 119-120). Vi tenker at Travelbees sykepleie som har formål å bygge gode relasjoner til pasienter og deres pårørende, og skape et menneske-til-menneske-forhold, er noe som kan bidra til at hjertesviktpasientene både får informasjonen de trenger, men også en trygghet i egen situasjon.

Den kvantitative studien «Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs» (van der Wal et al. 2006) viser at personer med hjertesvikt av forskjellige grunner ikke følger rådene de blir gitt i forhold til å leve med hjertesvikt. Kun 52% oppgir at de visste at daglig veiing var viktig, studien belyser også at flere av pasientene ikke har kunnskap rundt restriksjoner på drikke. I den kvalitative studien «Meeting the Communication and Information Needs of Chronic Heart Failure Patients» (Harding et al. 2008) er det intervjuet 20 pasienter med hjertesvikt. Her kommer det frem at flere av pasienten ikke forstår symptomene til sykdommen, som hvorfor det for eksempel blir en opphopning av væske i kroppen, og legger samtidig vekt på at pasienter følte at helsepersonellet hadde for dårlig tid til å besvare spørsmål.

Disse to studiene peker mot at det er en brist i kommunikasjon og informasjonsflyt mellom helsepersonellet og pasienten, derfor har vi valgt å trekke inn Travelbees sykepleieteori. Selv om fellesnevneren i vår pasientgruppe er hjertesvikt, vil hver enkelt pasient ha forskjellige behov for å tilegne seg kunnskap, og ved å skape Travelbees menneske-til-menneske-forhold, vil vi via kommunikasjon og interaksjon hver gang lære pasienten bedre å kjenne. Å bli kjent med pasienten, kartlegge pasientens pleiebehov og utføre våre sykepleieoppgaver er tre sentrale fokusområder i Travelbees tilnærming til kommunikasjon og noe vi mener bør

overføres i møte med hjertesviktpasienten. Forskingen som tidligere presentert viser at det er store huller i pasientens kunnskap om egen sykdom, og pasientene har mange spørsmål som de ikke stiller. Klarer vi som sykepleiere å skape gode relasjoner til pasienten, bygge vårt menneske-til-menneske-forhold, kartlegge pasientens behov for - ikke bare den direkte pleien, men også informasjon, kan vi sammen tette disse informasjonshullene. Dette forutsetter at vi bruker toveiskommunikasjon, vi må fange opplysningene pasienten gir (Overgaard, 2010, s. 130).

Et møte med pasient på medisinsk avdeling i somatisk sykehus vil skille seg ut fra pasientmøter i hjemmesykepleie og på sykehjem. Hovedgrunnene vil være at det mest sannsynlig er skjedd en forverring i sykdom, som fører til innleggelse. Samtidig vil sykepleiere på somatisk sykehus ha kortere tid med pasient sammenlignet med andre institusjoner. I 2012 var den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus 4,1 døgn, det er opp imot en halvering siden 1990 (SSB, 2012). Egne erfaringer fra praksis og arbeid på indremedisinsk avdeling tilsier at gjennomsnittlig liggedøgn der er enda kortere, og da er det lett at kommunikasjonen sklir ut fra å gå to veier til å bli enveiskommunikasjon, noe vi ikke ønsker. Derfor vil det være viktig at vi på den korte tiden vi har sammen med pasient vier vår oppmerksomhet mot denne personen, bygger en relasjon, slik at vi kan hjelpe og styrke pasienten til å ta fatt på veien videre. Det er viktig at vi er bevisste på at vi ikke har evig tid med pasienten, så ved å være disiplinerte og samtidig bruke kunnskapen vi har om kommunikasjon, vil vi allikevel kunne skape en relasjon.

Egne erfaringer i kommunikasjon med pasienter er at vi ofte fokuserer på informasjonen vi selv skal gi, slik at vi rett og slett glemmer å vie oppmerksomheten vår til det pasienten faktisk sier, dette er noe vi må bli flinkere til å luke bort. Og selv om vi som sykepleiere skal kunne svare på spørsmål, trenger vi ikke alltid ha alle svarene, i all fall ikke med en gang. Overgaard (2010, s. 130) skriver at sykepleiere ikke alltid trenger å ha et svar, eller alltid være like effektive, men heller tillate seg være menneskelig og kanskje rådvill, noe pasienten vil kunne finne rart, men videre kan dette føre til en dypere kontakt mellom sykepleier og pasient.

Vi har begge arbeidet ved medisinsk avdeling og jobbet med nettopp denne pasientgruppen, og våre erfaringer henger sammen med det forskningslitteraturen vår sier. Vi opplevde at pasienter ble fulgt opp medisinsk, symptomer ble redusert og endringer i pasientens medikamenter ble gjort. Videre ble det brukt mye tid til dokumentasjon. Pasienten, en ektemann, en far, en bestefar, hvor blir han av opp i alt det her? Han får daglig legevisitt, der

det kan bli forklart at han har blitt satt på diuretika for å få vekk store mengder væske som har samlet seg i kroppen grunnet hjertets reduserte pumpefunksjon. Samtidig kan han få beskjed om at han må holde drikkerestriksjoner. Dette kan ta fem minutter, før lege og sykepleier går videre til neste rom, med lignende beskjeder, til en helt annen pasient, med et helt annet grunnlag for å bearbeide og takle informasjonen som blir gitt. Det er ingen garanti for at pasienten senere får en god samtale med sykepleier, det er faktisk ikke garanti for at han får en skikkelig samtale rundt det her i det hele tatt, før han reiser hjem. Er ikke informasjonen pasienten har fått blitt forstått, vil ikke restriksjoner bli opprettholdt, dette ser vi i artikkelen til van der Wal et al. (2006). Opprettholdes ikke restriksjonene vil pasienten mest sannsynlig bli re-innlagt mye tidligere enn han ville dersom han hadde fått tilstrekkelig informasjon og vi hadde kvalitetssikret at informasjonen var forstått.

Fra praksis erfarer vi at pasienter som hele tiden får beskjeder som, «det må du ikke», «det kan du ikke», «ikke gjør slik», ofte kan føle på mangel av mestring og samtidig miste kontrollen i eget liv. Det samme erfarer vi med pasienter som har unødvendige og hyppige re-innleggelse på sykehus, de har betydelig redusert mestringsfølelse, noe de videre gir uttrykk for at senker livskvaliteten. Forskningsartikkelen «Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients» (Park et al. 2008) ser etter hvordan mestring kan fremme livskvalitet over tid. Forskningen viser at pasienter som via mestringsstrategi som går ut på å akseptere egen situasjon hadde høyere opplevelse av livskvalitet.

Når forskning viser til at informasjon ikke er forstått og restriksjoner ikke opprettholdes, må vi kanskje stoppe opp, stille spørsmålstegn til hvordan vi gir sykepleie. Er sykepleien tilstrekkelig når pasienten ikke forstår egen situasjon og forløpet forverres av dette? En må huske på at det er ikke alle som er komfortable med å stille spørsmål under en legevisitt. Noen trenger nærheten fra en sykepleier, en god relasjon, som vi bygger ved å ha grunnleggende kunnskaper om kommunikasjon. Ved å sette av tid til å bygge gode relasjoner, kanskje én enkelt samtale kan føre til at én pasient får én mindre sykehusinnleggelse, men da mener vi det er verdt det.

Som nevnt tidligere er det ofte pasienter ikke tar til seg all informasjonen, da den kan være vanskelig å fordøye og de er i en uvant situasjon (Harding et al. 2008). I slike situasjoner kan pårørende være gode støttespillere og samarbeidspartnere (Honoré, 2010, s. 169). De kan få med seg mer informasjon enn det pasienten gjør, og det kan ofte være lettere for pasientene å få høre informasjon fra pårørende i senere stunder. I Harding et al. (2008) kom det frem at

pårørende syntes det hadde vært en god ide å samle sammen pasienten, pårørende og sykepleier til en samtale hvor de kunne stille ulike spørsmål sammen, slik at de kunne få svar på alle spørsmål de måtte ha. På denne måten ville de alle kunne få med seg informasjonen. Honoré (2010, s. 172) skriver om at pårørende er de som kjenner pasienten best, og de kan være med på å oppdage forandringene ved pasienten. Det blir derfor viktig å informere pårørende om mulige symptomer, forandringer og restriksjoner slik at de vet hva de skal se etter ved pasienten, slik at de kan fort gi beskjed og forhindre forverring av symptomer og nye sykehusinnleggelser.

4.2 Hjelp pasienten til å ta kontroll i eget liv

Det er stadig pasienter som kommer inn på sykehus med forverring av sine hjertesviktsymptomer. Pasientene kan ha lite kunnskap om sin sykdom, men det kan også skyldes mangel på motivasjon og de kan føle de har mistet kontrollen over sitt eget liv. Vi som sykepleiere på sengepost må kartlegge hva årsaken er til innleggelsene, om det er mangel på kunnskap, eller om det er mangel på motivasjon til å følge opp tiltak. Hjertesvikt er en vanskelig sykdom å leve med fordi prognosen ofte er dårlig, og en må forvente redusert levetid (Ørn & Brunvand, 2011, s. 173-175). Noe vi ofte har observert i praksis er at denne pasientgruppen har en tøff hverdag, og det kan bli en utfordring for dem å finne mening med sin sykdom og bevare håpet. Det blir vår oppgave å hjelpe disse pasientene til å komme seg gjennom hverdagen, og motivere dem til livsstilsendringer samtidig som vi gjør dem delaktig i avgjørelser. Ved å bruke empowerment i vår utøvelse av sykepleie, kan vi hjelpe pasienten til å ta tilbake kontrollen over sitt liv, og prøve å finne en mening med sykdommen kan hjelpe dem til å få bedre selvbilde, selvtillit og bevare håp i situasjonen (Askheim, 2007, s. 22-23).

van der Wal et al. (2006) viser at restriksjoner og tiltak i varierende grad blir fulgt opp. Noen pasienter tok avstand fra restriksjoner og tiltak, som videre førte til nye sykehusinnleggelser. Om dette skyldes mangel på kunnskap, mangel på håp i situasjonen eller mangel på motivasjon, blir opp til oss som sykepleiere å kartlegge. Skal vi kunne hjelpe pasienten til å få økt kontroll i egen situasjon, empowerment, er vi også nødt til å finne roten til problemene, slik at vi kan gjøre noe med problemet hos hver enkelt og forhindre flere sykehusinnleggelser, og videre hjelpe individet til å ha en bedre hverdag.

Pasienter med hjertesvikt har et stort ansvar med tanke på deres sykdom, og det er delvis opp til pasienten selv hvordan videre utvikling av hjertesvikten foregår. Det blir vår oppgave å få

dem til å forstå dette, at livet ligger i deres hender, og selv om vi kommer med mange restriksjoner og anbefalinger er det opp til pasienten selv å følge dem opp. Empowerment handler mye om å bruke pasientens ressurser, at de føler de er i kontroll over sitt eget liv. I tillegg til styrking handler også empowerment om å fjerne eventuell avmakt, mangel på makt i egen situasjon. Askheim (2007, s. 21-23) skriver om at avmakt er menneskeskapt, og det er da mulig å fjerne den. Dette blir noe vi må jobbe mot som sykepleiere, finne ut om pasienten føler mangel på makt, og da styrke pasienten slik at han får kontroll i egen situasjon.

I forskningen til Harding et al. (2008) forteller pasienter at de opplever å bli snakket over hodet på, for eksempel når lege og sykepleier som snakker seg imellom og samtidig skal informere pasienten om videre behandling. Pasienten får med seg lite av samtalen, det blir brukt fagspråk, og pasienten sitter igjen som et spørsmålstejn. Eide & Eide (2007, s. 293) forteller at en skal passe på bruken av fagspråk, da dette ikke er forståelig for alle pasienter. Samtidig vil kanskje sykepleier føle at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon. Spørsmålet som da reiser seg er, hva har egentlig pasienten fått med seg? Her kan det hende pasienten ikke føler det er noe han skulle ha sagt. Her kan pasienten føle seg utelatt fra diskusjonen og avgjørelsene og det er stor sannsynlighet for at pasienten føler han har mindre kontroll, som strider imot hva vi som sykepleiere vil oppnå med empowerment. I dette tilfelle kan det bli vanskelig å skape en relasjon til pasienten, da et samarbeid ikke blir skapt. For å skape dette menneske-til-menneske-forholdet er det nødvendig med god kommunikasjon fra begge parter. Sykepleieren må ha en profesjonell tilnærming, og ha kunnskaper om fremgangsmåter på hvordan møte en pasient. Samtidig skal sykepleieren bruke seg selv terapeutisk, prøve å forstå situasjonen pasienten er i, og forstå hvordan de oppfører seg. I situasjonen beskrevet ovenfor blir flere av kriteriene brutt, og et menneske-til-menneske-forhold blir vanskelig å opparbeide.

Mobilisering innenfor empowerment er også et begrep vi legger vekt på. Det å starte en prosess hos pasienten, slik at pasienten er med på å ta avgjørelser i samsvar med hans prioriteringer. Det at pasienten er med på avgjørelsene er en stor fordel for hans selvtilit, selvbilde og videre behandling, men vi må samtidig passe på at avgjørelsene er til hans beste (Kristoffersen, 2011, s. 339). Om behandlingen strider imot hva som er best for pasienten, kan vi ikke overta avgjørelsen. Vi må prøve å møte pasienten halvveis, slik at pasienten fortsatt er i kontroll. Dette er vesentlig for å skape en god relasjon til pasienten og for et videre samarbeid. Pasienten vil i dette tilfelle kunne føle å ha makt i situasjonen og ha kontroll over egen helse.

4.3 Pasienten ser en høyere grad av sammenheng og føler mestring

På medisinsk avdeling i somatisk sykehus faller fokuset på behandlingen av hjertesvikten, dette er viktig slik at symptomene kan reduseres, og den umiddelbare faren for tap av liv forsvinner. En god medisinsk behandling vil gjøre at pasientens fysiologiske ve og vel blir bedre, og pasienten kan få dra tilbake til sin egen hverdag. Det blir ikke fokusert like mye på hvordan pasienten har det opp i alt det her og hva de selv synes om at de får hyppigere symptomforverring. Her kan vi sykepleiere jobbe for at pasienten får en bedre opplevelse av helse.

Patogenesen handler om pasienten er frisk eller syk, og at pasienten får riktig behandling slik at pasienten blir frisk. Salutogenesen tar for seg hvordan en pasient fortsatt kan føle seg frisk, selv om den er syk, og motsatt. Hvordan en pasient ser egen helse er individuelt, og vi kan ikke vite hva pasientene legger vekt på når det kommer til deres helse (Langius-Eklöf, 2008, s. 57-58). En salutogen tilnærming vil være essensielt for å kunne yte god sykepleie.

Det fins flere grader av helse, og vi må finne ut av hva hver enkelt legger vekt på i livet. Travelbee skriver at god helse er individuelt og varierer fra person til person, for eksempel kan en person mene han har god helse om han får gjort dagligdagse gjøremål på egenhånd (Kristoffersen, 2011, s. 216). Ved å høre på pasienten og stille spørsmål som går ut på hvordan han opplever sin sykdom, og hva han mener er helse for han, vil vi kunne få nyttig informasjon. Dette er noe av det Travelbee mener er sykepleie, det å ha fokus på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleien, hvordan pasienten opplever å være syk (Kristoffersen, 2011, s. 216-217). Sammen med pasienten kan vi prøve å komme fram til hva han mener er helse for han, og videre derfra motivere pasienten til å gjøre små endringer i livet slik at han oppnår den helsen. Om vi inkluderer pasienten mer i sin situasjon, vil han føle mer mestring, og føle at han er i kontroll over situasjonen. Det blir da lettere for oss å informere pasienten om viktig informasjon. Dette kan også føre til at pasienten ser en sammenheng i situasjonen, SOC. En høyere grad av SOC vil ha en stor betydning for pasienten, og med en slik innstilling kan det hjelpe pasienten til å se problemer som en utfordring i stedet for belastning (Kristoffersen, 2011, s. 51-52).

Forskningsartikkelen «Coping, Sense of Coherence and the Dimensions of Affect in Patients with Chronic Heart Failure» (Nahlén & Saboonchi, 2010) sier at pasienter som er i benektelse ovenfor sin sykdom ofte så flere negative sider ved den, mens pasienter som så mer

sammenhengen i sin sykdom og aksepterte den ofte kunne se de positive sidene. For at pasienten skal få en økt SOC blir det tre faktorer som spiller en vesentlig rolle. Det at pasienten får forståelse for situasjonen han er i blir viktig. Her kommer kommunikasjonsdelen inn, hvordan vi kan informere pasienten på en god måte, så han sitter igjen med nok kunnskap om sin situasjon. Punkt to handler om pasienten forstår situasjonen eller ei, og om han finner mening i den. Dette kan være mer utfordrende for oss som sykepleiere, og vi må prøve å få pasienten til å finne mening ved å dra inn de positive ting som fortsatt er i livet til pasienten. Formålet blir å hjelpe pasienter til metring av egen sykdom og lidelse, og finne mening med den (Kristoffersen, 2011, s. 51-52). Travelbee (1997) skriver om menneskers unike evne til å søke etter mening med lidelse og smerte. Dette er individuelt, men klarer pasienten å søke mening med lidelse og smerte, kan de ha en anledning til personlig vekst og utvikling. Den siste faktoren er om pasienten får være delaktig i situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 51-52). Vi tenker at en god relasjon, og godt samarbeid opp mot pasienten vil få pasienten til å føle seg mer inkludert. Erfaringer fra praksis tilsier at pasienter som blir mer inkludert og som vi har hatt god relasjon til, føler høyere grad av sammenheng i sykdommen. Via arbeidet på medisinsk avdeling ser vi også at en høyere grad av sammenheng videre styrker pasientens evne til å mestre. Artikkelen til Nahlén & Saboonchi (2010) bekrefter våre erfaringer, den legger frem at personer med lav SOC kunne assosieres med å klamre seg selv, noe som ikke er en produktiv mestringsstrategi. Personer med høy SOC hadde oftest ikke de samme mistilpassede mestringsstrategiene, noe som bekrefter viktigheten av SOC knyttet opp mot mestring og videre mot livskvalitet.

Mestring handler om hvordan en behersker sin sykdom, og om en har tro på at problemer som oppstår en gang kan kontrolleres. For at pasienter skal kunne mestre sin sykdom, har de forskjellige fremgangsmåter på hvordan de møter problemene sine og overkommer fristelser som oppstår underveis (Barth et al. s. 55). Pasienter med kronisk hjertesvikt har i ulik grad evne til å mestre sin sykdom, og vi som sykepleiere må prøve å hjelpe hver enkelt til å oppnå mestring som igjen kan føre til bedre livskvalitet. Vi kan arbeide på forskjellige måter for å hjelpe pasienter til å oppnå ønsket mestring. Enten om det er å hjelpe pasienten med ting de ikke får gjort og problemer som skulle oppstå i hverdagen, eller om det er å være hos pasienten som en samtalepartner, hvor vi sammen setter mål for fremtiden (Eide & Eide, 2007, s.56). Uansett fremgangsmåten er mestring individuelt, og det er pasienten som skal føle mestringen, derfor må vi sykepleiere ikke bli for ambisiøse når vi skal sette mål, slik at pasienten mister motet.

Wahl (2007, s. 53) skriver at vi som sykepleiere må fokusere på pasientens egne opplevelse av helse og sykdom, som skal være utgangspunktet i mestringen. Her blir det viktig at vi klarer å behandle pasienter individuelt, og skille mellom hva hver enkelt setter høyt i livet, som kan fremme mestring hos dem. Mestring spiller også en viktig rolle når det kommer til motivasjonen og troen videre i sykdomsforløpet. Har ikke en pasient troen på at de kan mestre situasjonen, kan dette føre til redusert motivasjon for videre fremtid (Barth et al. s. 58).

Vi har møtt mange pasienter i praksis på somatisk sykehus, og har erfart at pasienter som har mistet troen på videre behandling ofte har mistet motivasjonen i tillegg. Disse to henger ofte sammen, og det kan bli utfordrende å hjelpe disse pasientene på veien videre. Samtidig føler disse pasientene ofte lite mestring, da det ikke er så mye de bryr seg om lengre. Vi har også erfart hvordan ulike pasienter håndterer situasjoner annerledes, og hvordan noen kan føle mestring i situasjoner hvor andre ikke gjør det. Dette går på hvordan enhver person opplever sin egen helse, og hva de selv legger vekt på.

4.4 Bevare håpet, øke livskvaliteten

Travelbee (1997) skriver om å bevare håpet. Det er viktig for videre utvikling og fremgang i enhver situasjon, spesielt hos pasienter med hjertesvikt hvor prognosen er dårlig. Håp vil si å oppnå noe, eller se en ende på noe. Håp vil være med på å gi pasienten et mer komfortabelt og meningsfylt liv (Travelbee, 1997). Ved kronisk hjertesvikt er det sjelden prognosen vil bli bedre, men en kan bremse forverringen av hjertesvikten (Jacobsen et al, 2009, s. 49-50). Klarer vi å hjelpe pasienten til å opprettholde håp, vil det bli lettere å kunne motivere dem til å følge restriksjoner og tiltak. Dette vil videre kunne føre til at hjertesviktsymptomene ikke utvikler seg like raskt og fører til færre sykehusinnleggelse (van der Wal et al, 2006).

I forskningsartikkelen til Harding et al. (2008) fortalte alle pasienter unntatt én at de gjerne vil vite hvor lenge de har igjen å leve, selv om det er en dårlig prognose. Videre forteller en sykepleier i undersøkelsen at de gjerne forteller en påpyntet versjon til pasienten, og at de forteller en mer realistisk fremstilling til pårørende. Dette for å holde håpet og motet oppe hos pasienten. I forskningsartikkelen «When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information» (Åsgård, Hermerén & Herlitz, 2004) kommer det frem at flertallet i undersøkelsen ikke ville vite den fulle sannheten rundt egen prognose. Dette fordi alle skal dø en eller annen gang, og de var redd for å miste håpet. Pasientene ville heller tenke på andre ting enn på tidspunktet de skal

dø, og de ville heller vite hvor de sto nå, enn hvor de kom til å stå i fremtiden. De få som ville vite hvor lenge de hadde igjen å leve ville dette fordi de ville få unnagjort praktiske ting før de dør. Etter å ha lest disse to artiklene ser en at personer tenker forskjellig, og at de gjerne har ulike tanker om hvor mye informasjon de vil ha, og hvordan de vil få den. Dette er noe vi må tenke over når vi arbeider som sykepleiere på sengepost. Noen vil ha den brutale sannheten, mens andre vil gjerne få en sannhet som er pyntet på. Samtidig er det viktig for oss som sykepleiere å bevare håp hos pasienter med hjertesvikt, slik at de ikke gir opp.

Det pasienten risikerer ved å få vite om en dårlig prognose, er at han kan miste håpet for fremtiden. Det kan da bli utfordrende å motivere pasienten til å kjempe videre mot sykdommen, oppfølging av restriksjoner og tiltak vil kanskje ikke være like viktig som før, og pasientens generelle sykdomstilstand kan fort forverres (Åsgård, Hermerén & Herlitz, 2004).

Vi har selv møtt pasienter som vil vite alt og de pasientene som kvier seg for å få dårlige nyheter. Vi har opplevd tilfeller der pasienten har fått en dårlig prognose, slik at han ga opp livet der og da. Han ville ikke leve lengre, og tiden fremover ble fylt med mange reinnleggelser, grunnet dårlig oppfølging av tiltak og restriksjoner. Samtidig har vi møtt pasienter som tar informasjonen til seg, ser situasjonen annerledes, følger opp tiltak og restriksjon på et helt nytt nivå, og har bremset sykdomsutviklingen. Dette bygger oppunder hvor viktig det er for oss sykepleiere å kjenne våre pasienter, Travelbees menneske-til-menneske-forhold hjelper oss til dette. Vi kan ikke se sykdommen, vi må lære individet å kjenne. Kun på denne måten kan pasienten sammen med oss ta gode beslutninger om hvordan informasjon skal gis, hvordan vi skal bearbeide situasjonen og hvordan vi tar ting videre.

Travelbee (1997) skriver om viktigheten av det å bevare håpet i enhver situasjon. Dette kan føre til at livet blir mer komfortabelt, meningsfylt og godt å leve. Disse faktorene er igjen med på å øke livskvaliteten til en person.

Livskvalitet er et begrep som omhandler hvilke verdier og egenskaper hver enkelt person setter høyt. Hva som betyr mest i livet til den enkelte for at livet deres skal oppleves som godt (Rustøen, 1991, s. 13-14). Videre skriver Rustøen (1991, s. 13-14) for at livene skal kunne oppleves som gode, må en ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Her blir det viktig for oss som sykepleiere å vurdere og kartlegge hvilke verdier pasienten setter høyt, og hva det er som betyr mest for han videre i livet. Travelbee (1997) skriver at alle mennesker er forskjellige, og en må forholde seg til personer som de er unike, og at de har sin egen

opplevelse av helse og sykdom. Derfor vil det variere fra person til person hvilke egenskaper en setter høyt, som Travelbee sier vil det være viktig å se individet fremfor sykdommen. Selv om to pasienter har en hjertesvikt vil deres individuelle oppfattelse av livskvalitet kunne være forskjellig.

Det er også vist at pasienter med hjertesvikt skårer lavere i undersøkelser som tar for seg psykisk helse, funksjon og tilfredshet (Rustøen et al, 2007, s. 167-169). Disse tre faktorene er det vi omtaler som livskvalitet. Det er også gjennomgående at pasientgruppen som skårer lavere på NYHAs skala, har bedre livskvalitet enn de med høyere skår, men selv om en har dårligere livskvalitet, betyr det ikke at den er ikke-eksisterende (Rustøen et al, 2007, s. 167-169). Rustøen et al (2007, s. 167-169) skriver videre at så lenge man klarer å tilpasse seg situasjonen en er i, godta at hjertesvikten vil være med videre i livet, så vil en kunne oppnå høyere livskvalitet. Forskningen til Park et al. (2008) støtter det Rustøen et al (2007, s. 167-169) skriver, at pasientene som aksepterte og prøvde å forstå egen sykdom samt personer som mestret gjennom religion var de som skåret høyest på å finne mening i livet.

Det å fokusere på gode følelser som fremdeles er i livene til pasientene, blir viktig for å få dem til å oppleve livene som gode, som videre kan føre til bedre livskvalitet. Men det å oppleve livene som gode, handler også om fravær fra det onde. Om en pasient føler seg alene, skamfølelse eller misfornøyd med eget liv kan dette medføre at pasienten ikke lenger føler livet er noe godt, som kan resultere i redusert livskvalitet (Næss, 2001, s.10). I praksis har vi erfart at det kan være en del pasienter med hjertesvikt som ofte kan se negativt på livet videre. Prognosen kan være dårlig, og det kan være vrient for de å se om det er noe positivt igjen i livet. Utfordringen vår blir her å motivere dem til å se på de positive tingene som fortsatt er igjen i livet. Ved å få pasientene vekk fra negative tanker, om dårlige prognoser, skamfølelse eller ensomheten, kan vi hjelpe dem til å se de mer positive aspektene som er igjen av livene deres som igjen kan føre til bedre livskvalitet. For enkelte kan verdier i livet være barnebarn og oldebarn, mens for andre kan det være noe helt annet.

5. Oppsummering

Dersom en pasient mister håpet, kan han videre miste kontrollen, mestringsevnen og livskvaliteten. Dette viser denne oppgaven, og forskningsartiklene vi har benyttet oss av belyser at det er et problem, spesielt i kommunikasjonen knyttet opp mot pasienter med hjertesvikt. Artiklene viser oss at pasienter kan ha lite forståelse for symptomer, liten innsikt i egen sykdom og at tiltak og restriksjon i varierende grad blir fulgt opp. Hvor vi videre har koblet dette opp med forskning som viser at høy grad av SOC bidrar til mer effektive mestringsstrategier, som legger grunnlaget for økt opplevelse av livskvalitet.

Ved å bruke kommunikasjon, kunnskapene om salutogenese og empowerment sammen med Travelbees fokus på mennesket vil vi kunne bidra til å styrke individet. Klarer vi å hjelpe pasienten til å akseptere situasjonen, vise at vi legger vekt på pasientens egen opplevelse av helse, og ikke nødvendigvis hva et skriv sier, så er vi på vei til å bygge en bedre relasjon. Når relasjonen ligger i grunn, kan vi sammen med pasienten sette mål. Konkrete mål vil måtte tilpasses den enkelte pasient, en kan ikke sette mål ut ifra sykdommen. Ved å hjelpe pasienten til å sette mål og delmål vil en kunne få opplevelse av mestring, og denne mestringen kombinert med å akseptere egen situasjon vil videre kunne føre til økt livskvalitet.

6. Litteraturliste

*Askheim, O. P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment – i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). Empowerment – et moteord? I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment - i teori og praksis* (s. 13-20). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Barth, T., Børtveit, B. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Ålmås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 207-246). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Innledning. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg., s.10-26). Oslo: Cappelen Akademisk.

*Hansson, B. (2010). Den professionelle relation. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle* (s. 36-56). Danmark: Gads Forlag

*Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C... & Higginson, I. J. (2008). Meeting the Communication and Information Needs of Chronic Heart Failure Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (2), 149-156.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.012>

*Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Honoré, K. (2010). Å være pårørende. I A-M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: En innføring i pasientologi* (s. 163-185). Oslo: Akribe.

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

*Jørgensen, K. (2010). Forord. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle* (s. 12). Danmark: Gads Forlag

*Jørgensen, K. (2010). Kommunikation i sundhedsvæsenet. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle* (s. 14-35). Danmark: Gads Forlag

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 31-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Langius-Eklöf, A. (2008). Salutogenes och känsla av sammanhang. I B. K. Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 57-88). Sverige: Författarna och Studentlitteratur.

*Nahlén, C. & Saboonchi, F. (2010). Coping, Sense of Coherence and the dimensions of affect in Patients with Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (2), 118-125.

Nicolaysen, G., Leergard, T. B., Berg, A. & Inngjerdingen, M. (2014). Sirkulasjon og hemostase. I G. Nicolaysen & P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygning* (2. utg., s. 154-179). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Nielsen, O. W. & Hildebrandt, P. (2009). Definition og epidemiologi. I P. Hildebrandt & F. Gustafsson, *Hjertesvikt i klinisk praksis* (s. 15-22). København, Danmark: Munksgaard.

*Norsk Elektronisk Legehåndbok. 2017. *Kronisk hjertesvikt*. Hentet fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/hjertesvikt/hjertesvikt-kronisk/>

*Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

*Overgaard, A. E. (2010). At etablere en god og tillidsfuld relation. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunkation – for sundhedsprofessionelle* (s. 119-139). Danmark: Gads Forlag

*Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D. & Rosen, R. I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17 (1), 21-26. <http://doi.org/10.1007/s11136-007-9279-0>

*Rustøen, T. (1991). *Livskvalitet – en sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Rustøen, T., Kirkevold, M. & Kvigne, K. (2007). Å leve med hjerte- og karlidelser. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg., s. 161-207). Oslo: Cappelen Akademisk

*Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatisk sykehus, etter kjønn*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-134.html>

*Travelbee, J. (1997). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company

*Van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J. G. M., van Gilst, W. H. & van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27 (4), 434-440. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603>

*Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg., s. 29-59). Oslo: Cappelen Akademisk.

Ørn, S. & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (s. 159-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Åsgård, A. Hermerén, G. & Herlitz, J. (2004). When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients` knowledge of and attitude towards medical information. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(4), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.003>