



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 24

Antall ord: 7700

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk hjertesvikt er en medisinsk diagnose som krever flere ofre hvert år. Statistikk tyder på at mennesker med hjertesvikt kommer til å bli en stadig større del av landets sykehjem. Som sykepleiere vil vi stå overfor utfordringen å kunne ivareta denne gruppen beboere på en god måte. *Hensikten* med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan støtte eldre med hjertesvikt slik at de opplever mestring i hverdagen på sykehjemmet. Dette stiller krav til kunnskap om optimal behandling og sykepleie.

Metode: Det er utført litteraturstudie, med søk i ulike databaser samt annen relevant litteratur. Fire artikler fra internasjonale sykepleievitenskapelig tidsskrift ble identifisert og vurdert, og brukt som kjernelitteratur, i tillegg til et antall artikler som også er fra sykepleievitenskapelig tidsskrifter.

Resultater: Det ble avdekket tre hovedområder som gikk igjen i samtlige artikler og til dels i litteraturen. Disse områdene var behov for trygghet, behov for sosial stimuli og behandling og omsorg knyttet til fysiske og psykiske plager.

Konklusjon: Det ser ut til at sykepleier må legge til rette for at beboeren skal oppleve trygghet, få sosial stimuli og lindret de fysiske og psykiske plager som måtte oppstå, for at beboeren skal oppleve mestring av hverdagen. Det ser ut til at videre forskning på emnet kan være fordelaktig.

Abstract

Background: Heart failure is a medical diagnosis that affects an increasing number of people every year, especially people of the older generation. Statistics shows that people with heart failure could be a future resident-majority in nursing homes in Norway. This challenge demands knowledge as well as know-how about optimal medical treatment and nursing care.

Aim: The purpose of this thesis is to try to answer the question: “How can the nurse support a resident living in a nursing home, which suffers from chronic heart failure to cope with the everyday life?”

Method: The method was pre-defined to literature review. There are used curriculum literature and non-curriculum literature. Four international nursing journal articles are used to form the core of research in the assignment, though additional journal articles are used to create diversity.

Results: If the resident is to cope with the everyday life in the nursing home, he or she should feel safe, be socially stimulated, and have their mental as well as their physical difficulties cared for.

Summary: The results seems to imply that feeling safe, be socially stimulated as well as optimal physical and mental health is vital for coping in the everyday life. Further research on the topic seems to be recommended.

Innholdsliste

Sammendrag.....	i
Abstract	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	1
2.0 Teoretisk perspektiv	2
2.1 Sykepleieteori	2
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv	3
2.2.1 Sykepleierens støttende funksjon.....	3
2.3 Definisjon av sentrale begreper	4
2.3.1 Mestring	4
2.3.2 Beboer i sykehjem.....	5
2.3.3 Kronisk sykdom	5
2.4 Hjertesvikt	6
2.5 Den eldre og aldersforandringer	7
2.6 Den eldre på sykehjem	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie.....	10
3.2 Sterke og svake sider ved metoden.....	11
3.3 Kildekritikk.....	12
4.0 Resultater.....	13
4.1 Aktuelle artikler	13
4.2 Hovedfunn	15

4.2.1 Behov for trygghet	15
4.2.2 Behov for sosial stimuli	16
4.2.3 Omsorg for fysiske og psykiske plager.....	16
5.0 Diskusjon.....	18
5.1 Behov for trygghet.....	18
5.2 Behov for sosial stimuli.....	19
5.3 Omsorg for fysiske og psykiske plager	21
6.0 Avslutning	24
Litteraturliste	I

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet mestring og hjertesvikt hos eldre pasienter på sykehjem. Dette temaet er valgt ikke bare fordi min interesse for pasienten og hjerte og karsykdommer er stor, men også fordi jeg ser på det som en fremtidig utfordring. Dette fordi at denne pasientgruppen ser ut til å vokse, da andel av mannlige pasienter med hjerteinfarkt innlagt sykehus i 2008 lå på fjorten prosent (Statistisk Sentralbyrå, 2009). Jeg synes emnet hjertesykdommer er veldig interessant, og har også erfaring med pasienter med hjertesvikt fra tidligere praksisperioder og jobbsammenheng i spesialist- og primærhelsetjenesten.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling i denne oppgaven blir derfor: Hvordan kan sykepleier støtte en beboer ved sykehjem med hjertesvikt til å oppleve mestring av egen hverdag?

Denne problemstillingen er viktig for meg som sykepleier fordi det kan se ut som om gruppen av pasienter som blir innlagt i sykehus med diagnosen hjerteinfarkt (infarctus cordis) er betydelig (Statistisk Sentralbyrå, 2009). Da Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, (2009) har dokumentert at hjerteinfarkt kan føre til hjertesvikt (insufficiencia cordis, såkalt postinfarktsvikt), kan det derfor se ut som om antall pasienter med hjertesvikt vil øke. Likevel ser jeg at det finnes andre årsaker til hjertesvikt. Muligheten for å tilby god sykepleie til beboere med hjertesvikt ser ut til å øke, noe som stiller krav til meg som sykepleier i form av kunnskap.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg forutsetter i denne oppgaven at pasientgruppen er i stand til å kommunisere, og da ikke lider av sykdommer som vanskeliggjør kommunikasjon av nevneverdig grad, eksempelvis demens. Pasienter ved sykehjem er ikke pasienter, men beboere, og har mye livserfaring. Jeg ser at denne gruppen beboere er marginal.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Sykepleieteori

Mange har tidligere sagt mye om sykepleierens oppgaver, kommunikasjon, mestring og dette sett i forhold til beboeren, med han eller hun i fokus. Blant sykepleieteoretikere, velger jeg å bruke Benner & Wrubel (Benner & Wrubel, 1989) og Joyce Travelbee (Travelbee, 1966/1999). Begrunnelsen for å bruke Benner & Wrubels, er deres syn på omsorg, sykdom og mestring. Jeg velger å benytte Travelbee, fordi hun har rettet fokus mot mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon, som er viktig i all pasientrelatert sykepleie. Sykepleie er ifølge Travelbee (1966/1999) en prosess mellom mennesker der sykepleieren blant annet skal hjelpe og støtte beboeren, til å finne mening med, og å mestre sykdommen. Hun mener at forholdet mellom den syke eller lidende og sykepleieren er et menneske til menneske forhold, og ikke basert på roller.

Kommunikasjon er av betydning i enhver form for sykepleie, både der pasienten er direkte involvert, men også der pasienten ikke er med (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 1966/1999). Dette fordi dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell kan resultere i negative konsekvenser for beboeren og kritikkverdig ivaretagelse av beboerens autonomi og respekt. Annen begrunnelse er at vi som mennesker alltid kommuniserer. Enten det er verbalt auditivt eller kinestetisk, så formidler vi informasjon enten bevisst med blick eller ord, eller ubevisst med kroppsspråket (Eide & Eide, 2007). Travelbee (1966/1999) hevder at kommunikasjon og mellommenneskelig relasjon fungerer som det viktigste verktøyet en sykepleier har til å bygge bro mellom seg selv og beboeren. Dette skal bunne ut i en åpen ærlighet som således kan støtte beboeren til å føle trygghet, nettopp fordi relasjonen til et annet menneske som er der for å gi god omsorg eller være samtalepartner ved behov, kan bidra til trygghet. Burström, Boman, Strandberg, & Brulin (2007) antyder at menn med hjertesvikt mener at å beholde kontrollen over egen kropp og ha tiltro kontra mistillit til sykepleien og medisinsk behandling er viktig. Kommunikasjon er av betydning, fordi en ved å gi god sykepleie er avhengig av å formidle et budskap, og mottakeren av denne kommunikasjonen forstår denne, og er i stand til å sette denne inn i en sammenheng som brukeren selv forstår (Travelbee, 1966/1999). Sykepleieren

bør ha dette som selvstendig mål. Man kan anse god kommunikasjon som et grunnleggende sykepleietiltak, fordi det man kan hevde at det ligger til grunn for mye av det som skjer mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1966/1999). Man kan også anse kommunikasjon som verktøy for å integrere beboeren i sykepleien og helsehjelpen, fordi sykepleieren har makt til å legge forholdene til rette for at beboeren får uttrykke det som er av betydning for han eller hun. Man kan velge å kalle dette for brukermedvirkning i praksis, slik det i følge er krav om fra helsemyndighetene (Pasientrettighetsloven, 1999; Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Benner og Wrubel (Benner & Wrubel, 1989) er valgt som sykepleieteoretikere i denne oppgaven, fordi de fokuserer på omsorg, sykepleieren og pasientens oppfattelse av stress ved helse, sykdom og mestring av dette. Jeg anser dette for relevant, fordi det er snakk om mennesker som lider av tap eller sykdom. Dette er relevant for problemstillingen fordi deres syn på disse emnene kan tilføre teorien beboerens dimensjon. Benner & Wrubel (1989) antyder at sykepleieren skal hjelpe eller støtte mennesket som helhet med å mestre sykdom, tap og lidelse med det utgangspunkt som er viktig for det enkelte mennesket og den mening det enkelte mennesket legger i situasjonen. Deres sykepleieteori tar altså utgangspunkt i det mennesket som trenger sykepleie, og at sykepleien og sykepleieren bruker det mennesket som er rammet av lidelse, sykdom eller tap som retningsgivende. Dette gjelder både for den praktiske, men også for den teoretiske tilnærmingen, da disse to henger nøye sammen (Benner & Wrubel, 1989).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

2.2.1 Sykepleierens støttende funksjon

Sykepleierens oppgaver er dokumentert i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2008), men også av sykepleieteoretikere (Benner & Wrubel, 1989; Travelbee, 1966/1999) og lovverket (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren bruker sine ulike funksjoner der det er mest hensiktsmessig, men felles for de alle er at de alltid skal være til det beste for pasienten eller beboeren, i dennes situasjon og at de må stå i sammenheng med og i forhold til det syke menneskets behov og ønsker (Norsk sykepleierforbund, 2008). Pårørende vil også være et element her, fordi de er en essensiell del av beboerens liv. Sykepleierens

oppgaver må sees i sammenheng med situasjonen han eller hun står i eller overfor. I dette tilfellet er det som nevnt tale om beboer ved sykehjem, som gjør at den strategien sykepleieren legger opp til må tilpasses det som gjelder av for eksempel funksjonsnivå, kommunikasjon, sykdomsbilde og beboerens ressurser. Romøren (2008) hevder at sykepleierens støttende funksjon nok ikke vil kunne stå som et konsist element alene, men snarere som en bærebjelke for flere av sykepleierens andre oppgaver. Det er for eksempel ikke sikkert det vil være etisk forsvarlig å starte tverrfaglig rehabilitering.

2.3 Definisjon av sentrale begreper

2.3.1 Mestring

Mestring blir definert av Lazarus og Folkman (1984) i Reitan (2006, s. 158) som "Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet". Mestring er for det syke eller lidende mennesket en måte å takle utfordringer, som sykdom og opplevelsen av denne. For å kunne takle disse må den affiserte vurdere situasjonen og trusselen, for så å vurdere hva som skal til for å overkomme dette. For å kunne gjøre dette finnes det ulike strategier, da kalt mestringsstrategier. Disse strategiene deles så inn i problemfokuserte (selv om det kan se ut som om denne fokuserer på en løsning av problemet, og ikke selve problemet), og emosjonsfokuserte mestringsstrategier (Lazarus og Folkman, 2006).

Sykdom som et aspekt ved et menneskes erfaring med livet oppleves ulikt for ulike mennesker, nettopp fordi de er ulike (Konsmo, 1995). "Illness is the human experience of loss or dysfunction" (Benner & Wrubel, 1989, s. 8). Dette sier noe om hva et menneske kan erfare med å oppleve sykdom. For eldre mennesker som bor på sykehjem, kan sykdom innebære helt andre elementer, å ha en annen betydning enn for yngre som har hele livet foran seg. Selv mennesker med samme type sykdom, men med stor forskjell i alder kan ha en annen opplevelse og oppfattelse av sin situasjon. Mange eldre har i det de flytter til sykehjem innfunnet seg med at de har levd brottdelen av livet, og får derfor et annet syn på den delen av livet som venter dem i fremtiden (Brodtkorb, 2008). Ulike følelser vil kunne oppstå som følge av dette, og disse emosjonene stiller krav til både pasient og sykepleier. For beboeren betyr dette at han

eller hun bør kunne mestre mulige negative følelser knyttet til sykdom, i tillegg til å bo på sykehjem. Sykepleier bør ta seg tid til beboere som trenger emosjonellstøtte. Lazarus og Folkman (2006) sier at følelser og mestring tradisjonelt har blitt sett på som to individuelle og uavhengige faktorer. Han sier videre at mestring er evnen til å takle stress som en betingelse i livet. Stress er en emosjon og er relatert til en livssituasjon som ikke er optimal for individet, som personen derfor prøver å endre (Lazarus og Folkman, 2006).

2.3.2 Beboer i sykehjem

Det finnes generaliserte oppfatninger om den typiske beboer. Den typiske beboer i sykehjem er kvinne over 80 år med sterkt redusert funksjonsevne med flere sykdommer (Hauge, 2008). De fleste beboere er ikke i stand til å gå, med behov for assistanse i forhold til personlig hygiene. Mange trenger hjelp til å spise, og har problemer med inkontinens. De vanligste sykdommene blant beboere er aldersdemens, psykiske lidelser, og lidelser forbundet med hjerte og lunger (Statens helsetilsyn, 2003).

2.3.3 Kronisk sykdom

Kronisk sykdom blir av Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suzeck og Wiener i Gjengedal & Hanestad (2007, s. 11) definert som *”Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie”*. Kronisk sykdom gir økt risiko for falltendens og ulykker, og er vanlige hos eldre i sykehjem. Det er av betydning å kunne kjenne igjen den naturlige utviklingen av sykdommen, for å kunne forebygge, og å behandle symptomatisk (Ranhoff, 2008). Forløpet vil kunne variere med tanke på hvilke sykdom det er snakk om, beboerens ressurser, sykepleierens kunnskap og dennes evne til å iverksette adekvate tiltak. Dette vil kunne fordre samarbeid mellom beboeren selv, sykepleier, lege og annet relevant helsepersonell.

2.4 Hjertesvikt

Kronisk hjertesvikt er funnet som diagnose hos over 80 prosent hos mennesker eldre enn 65 år, og hypertoni og MI (myokardialtinfarkt) er den største årsaken til denne sykdommen (Kostrzewski, 2002). Dette gjør hjertesvikt til en av de vanligste sykdommene hos eldre mennesker (Romøren, 2008; Turvey, Klein, Pies & Arndt, 2003). Hjertesvikt er en medisinsk diagnose som stilles av lege, og innebærer at hjertets evne til å pumpe blod i kroppen i forhold til det faktiske behovet, er nedsatt. Dette finnes det ulike grunner til, og hjertesvikt oppstår i ulike grader. Årsaker til hjertesvikt kan være hypertoni, feil i hjerteklaffer, arytmier, lunge sykdom, koronarsykdom og diabetes mellitus (Brodtkorb, 2008; Jacobsen et al., 2009). I ordet koronarsykdom, ligger diagnosen akutt hjerteinfarkt (Jacobsen et al., 2009), og her er menn godt representert (Statistisk Sentralbyrå, 2009).

Hjertesvikt deles inn etter New York Heart Associations kriterier for hjertesykdom, som er konkretisert i fire ulike grader av hjertesykdom. Ved grad 1 har pasienten hjertesykdom uten nedsatt funksjonalitet. Ved grad 2 har pasienten dyspné ved moderat fysisk aktivitet. Klasse 3 kjennetegnes ved at pasienten har symptomer ved lette fysiske anstrengelser, og i klasse 4 tungpust i hvile. Som det fremgår av disse kriteriene er tung pust et hovedsymptom, og kan være meget dramatisk med lungeødem og dødsangst (Jacobsen et al., 2009; Mulligan, 2009). Andre symptomer på hjertesvikt kan være trøtthet, redusert funksjonsnivå, svimmelhet og appetittløshet. Opplevelsen av å leve med hjertesvikt kan være skremmende, å fungere som grobunn for utvikling av angst og redsel, fordi mange opplever sykdom i hjertet som spesiell skremmende (Rundgren & Dehlin, 2004).

Symptomer på hjertesvikt ved nedsatt venstresidig ventrikulærfunksjon er dyspné, som deles inn i tre typer: ortopné, funksjonsdyspné og hviledyspné, hvor symptomene er tilnærmet fraværende i fysisk aktivitet, til nokså funksjonsbegrensende selv i hvile. Hjertesvikt deles grovt

inn i høyresidig og venstresidig, samt systolisk og diastolisk hjertesvikt, selv om høyre- og venstresidig svikt ofte etter hvert vil påvirke den andre siden, slik at begge sider blir affisert (Høybakk, 2008; Jacobsen et al., 2009). Fordi nedsatt høyresidig ventrikkelfunksjon kan føre til økt perifer motstand, kan resultatet bli at væske går over i vevet fra blodbanen, og vevet blir ødematøst (Bertelsen, 2000). Huden kan bli mer utsatt for sår på grunn av deklive- og sakrale ødemer (Høybakk, 2008; Jacobsen et al., 2009). Behandlingen av hjertesvikt består blant annet av ulike typer medikamenter, hvor vandrivende medikamenter og ace-hemmere er sentrale (Simonsen, Aarbakke, & Lysaa, 2004). Behandlingen av hjertesvikt går primært ut på ikke-medikamentelle tiltak som væske og saltrestriksjon, unngå store måltider, redusere overvekt, slutte å røyke og sørge for hvile ved behov. Tverrfaglig samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog og lege kan være hensiktsmessig (Rundgren & Dehlin, 2004).

Eldre sykehjemsbeboere kan oppfattes som trøtte og mer slitne enn andre beboere. Dette fordi potensiell sub-optimal oksygenering av venøst blod på grunn av pulmonalt ødem og nedsatt kontraksjonskraft i venstreventrikkel og dermed en dårligere evne til å pumpe oksygenrikt blod rundt i kroppen. Også gerontologiske forandringer i hjertet kan gjøre seg gjeldene her (Haugland, Hansen, & Areklett, 2001). Det er derfor viktig med hvile, fordi pulsen går ned, slik at hjertet belastes mindre. Hvile reduserer kroppens oksygenbehov fordi en reduserer forbrenningen av oksygen. Den venøse tilbakestrømmingen til hjertet reduseres, slik at en hindrer lungestuvning og dyspné (Haugland et al., 2001).

2.5 Den eldre og aldersforandringer

Hjertet, i likhet med andre organer i kroppen kan bli svekket av gerontologiske forandringer, altså endringer med opprinnelse i de fysiologiske aldersforandringer som kontinuerlig er tilstede, og som endres hele livet. Dette kalles biologisk aldring (Mensen, 2008). Kronisk hjertesvikt er imidlertid av de vanligste sykdommene hos eldre, og kan forverre beboerens helse og livskvalitet, uten at beboeren nødvendigvis har sykdomsfølelse eller er påvirket av dette på annen måte (Brodtkorb, 2008). Jo eldre en blir, desto mer endres kroppen, uten at en nødvendigvis kaller dette sykdom. Selv om kronisk hjertesvikt i noen tilfeller kan stå som hoveddiagnose, kan det være andre sykdommer en må ta hensyn til (Brodtkorb, 2008). Aldringsprosessen påvirker alle organer og organsystemer. Hjerne, hjerte, lunger og muskler og skjelett

blir alle påvirket i varierende omfang og alvorlighet. Reservekapasiteten går ned, sammen med kroppens ulike reguleringsmekanismer (temperatur og blodtrykk), og sansene (Romøren, 2008). Aldersforandringene i lungene ligner de samme prosessene som ved utvikling av mildt emfysem (Rundgren & Dehlin, 2004).

Symptomer på sykdom kan være vanskeligere å oppdage hos eldre fordi mange ikke klager på ubehag, og fordi de kanskje ikke vet at noe er symptom på sykdom. Fysisk aktivitetsnivå hos eldre i sykehjem er kanskje ikke alltid nok til å påvise alle symptomer på hjertesvikt, fordi reservekapasiteten fortsatt er god nok i hvile. Med reservekapasitet menes den kapasitet kroppen har til å kompensere for symptomer fra ulike organsystemer (Mensen, 2008; Ranhoff, 2008). Eldre er ofte multisyke, som betyr at den eldre ofte kan ha mange sykdommer i ulike organ- og organsystemer, som det kan være vanskelig å skille mellom (Brodtkorb, 2008; Ranhoff, 2008). Ofte er det vanskelig å skille det fysiologiske fra det patologiske.

2.6 Den eldre på sykehjem

Et sykehjem skal også være et hjem. Dette er av betydning fordi det legger føringer for hvordan jeg som sykepleier bør forholde meg til beboeren og hvordan den holistiske omsorgen skal legges opp og tilbys den enkelte, altså individuell sykepleie. Her er både behov og ønsker som den gamle måtte ha viktig (Slettebø, 2008; Travelbee, 1966/1999). Dette vil være relevant for at jeg som sykepleier skal kunne klare å opprettholde, respektere og integrere beboerens autonomi i sykepleien til den eldre. Brinchmann (2005) skriver at autonomi er et uttrykk for pasientens mulighet for selvbestemmelse, noe som bør være en selvfølge i den vestlige verden i dag. Pasientrettighetsloven (1999) og Sosial- og helsedirektoratet (2005) slår fast at pasienten har rett til å påvirke gjennomføring av helsehjelp.

Det kan være utløsende faktorer som gjør at den eldre setter grunnleggende behov i fokus, som eksempelvis trygghet fremfor utrygghet. Plutselig oppstått sykdom med behov for døgnkontinuerlig omsorg er for mange en kilde til nettopp slik trygghet. Sykehjemsbeboeren og opplevelsen av livskvalitet har fått større fokus den senere tid (Slettebø, 2008). Mange eldre opplever trygghet som hovedårsak til at de flytter til sykehjem, fordi mange lever i frykt for

hendelser hjemme de ikke er i stand til å takle selv, som å falle eller å skade seg (Slettebø, 2008). Personalet må finne tid i alt det hektiske til å snakke med beboeren. Sykepleieren kan således kommunisere trygghet, ved å vise tilstedeværelse hos den eldre.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Jeg vil her se på bakgrunn for valg av metode, dens svake og sterke sider, samt hva metode egentlig er. Ifølge Dalland (2007) sier Tranøy at metode defineres som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.”

Det finnes imidlertid flere ulike typer metode. Innenfor akademiskskrivning og samfunnsvitenskap, skiller man mellom kvalitativ og kvantitativ metode. De kvalitative metodene tar for seg det å gå dybden i emner som ikke lar seg måle eller tallfeste. De kvantitative metodene tar sikte på å sikre forståelse av data som det er mulig å tallfeste, eller å beregne seg til som en del av en større mengde (Dalland, 2007).

Denne oppgaven er et forhåndsdefinert litteraturstudium. Litteraturstudie er en form for kvalitativ metode som tar utgangspunkt i å undersøke det som er skrevet av tidligere vitenskapelig faglitteratur, og det som tidligere er publisert av vitenskapelige forskningsartikler om emnet. I et litteraturstudium setter forskeren begrensninger i forhold til hvilke typer artikler og hva slags litteratur som skal utgjøre grunnlaget for studiets konklusjon. Med dette menes at det skal foreligge utvelgelseskriterier i forhold til krav som hver enkelt artikkel skal inneha, for å kunne være med i studiet. Slike kriterier blir satt ut fra hva forskeren ønsker og finne ut, og hva slags litteraturstudie det skal være. Slike kriterier kan være at artiklene skal være refereevurdert, noe som innebærer at forskeren lar studiet prøves for en forskningsetisk komité, om avgjør om studiet kan gjennomføres eller ikke, på bakgrunn av etiske vurderinger. Eksempler på dette kan være ulovlige forsøk på mennesker, eller andre lovstridige handlinger (Dalland, 2007).

For å finne vitenskapelig forskningslitteratur brukte jeg søkemotorer og sykepleievitenskapelige tidsskrifter på internett. Vard i norden (vård i norden), Proquest, Pubmed, Sciencedirect og Svemed+ var de fem søkedatabasene jeg brukte. Jeg fikk imidlertid kun tilfredsstillende

treff på vard i norden, Proquest og Siencedirect. Av søkeord på vard i norden benyttet jeg *heart, heartfailure, hjertesvikt, omsorg* og *health*. I søkemotoren proquest benyttet jeg søkeordene, *heartdisease, women and heart failure, nursing, care, elderly, nursing homes* og *older people*. I søkemotoren pubmed/medline søkte jeg på *nursing, women, heartfailure, elderly* og *heart*. Søkeordene *heart failure, nursing, old people* og *elderly* ble brukt i Siencedirect. Jeg opplevde at søkeresultatet var best på vård i norden, proquest og siencedirect som ga de artiklene med best tema i forhold til problemstillingen. Jeg ser imidlertid at andre søkeord på andre søkemotorer og databaser kunne gitt andre funn. Alle artiklene ble lest og undersøkt om de var refereevurdert, og om de var behandlet i etisk komité. Det ble undersøkt om de innholdt introduksjon, metode, resultater, diskusjon og litteraturliste.

3.2 Sterke og svake sider ved metoden

Svake sider med litteraturstudie er blant annet at denne metoden ser på ”gammel” forskning, fordi de resultatene som presenteres av denne type studie ikke direkte bidrar til ny viten. Dette på grunn av at det ikke er eksperimenter som gjennomføres, men heller en form for oppsummering av det som allerede er publisert, og satt ut i praksis. Det vil her være opp til forskeren å bruke det som ansees som god litteratur, og at denne har kritisk evne til å selektere relevant faglitteratur fra det som ikke er relevant, så vel som at forskeren velger å inkludere konklusjoner som nødvendigvis ikke er den han eller hun hadde håpet på. Videre vil det være opp til forskeren å velge vitenskapelige artikler som er refereevurdert, slik det er god forskningsetisk skikk å gjøre (Dalland, 2007).

Positive sider ved metoden er at den kan egne seg til å undersøke store emner, som hjertesykdommer eller psykisk helsevern. Dette fordi forskningen på emnet har vært prioritert og derfor innebefatter så mye publisert litteratur, at det kan være hensiktsmessig med eksempelvis en oversiktsstudie. Resultatet av studien kan da bli en slags forskingsmessig oppsummering (Dalland, 2007).

3.3 Kildekritikk

For å kunne bruke litteratur og andre kilder i et litteraturstudium er det nødvendig å utøve kritisk seleksjon av det en bruker av fagstoff (Dalland, 2007). Jeg vil derfor si noe om dette emnet her. Dalland (2007) sier videre at kildekritikk er den metoden man bruker for å validere en kilde. Det vil igjen si at man utøver kritisk analyse for og kun inkludere de kilder som viser seg å holde forskningsvitenskapelig god kvalitet. Negative sider ved visse kilder i denne oppgaven er at et svært begrenset antall kilder er publisert før 2000 og disse er Helsepersonelloven (1999), Kayser-Jones & Koenig (1994), Konsmo (1995), Mæland (1999), Pasientrettighetsloven (1999) og Travelbee (1966/1999). Enda færre er publisert før 1990. Disse er Benner & Wrubel (1989) og Lazarus og Folkman (1984), men dette er litteratur av vesentlig betydning, og deres relevans vil nok være like stor i dag, fordi de omhandler grunnleggende omsorgsteori og går rett inn til kjernen av mestringsteori og hva sykepleie er. Det er brukt pensumlitteratur om kommunikasjon (Eide & Eide, 2009), etikk (Brinchmann, 2005) og Benner & Wrubel (1989), samt litteratur om metode (Dalland, 2007). Denne litteraturen har jeg brukt, fordi den er del av pensum og den omtaler emner som relevant for min problemstilling.

En av de sykepleievitenskapelige artiklene selektert i denne oppgaven (Barremo, Bruce, Salander, & Sundin, 2008) er ikke opplyst at er godkjent av noen for etisk forskningskomité. Dette til tross for god forskningsetikk som involverer mennesker, og da særlig eldre mennesker. En del av disse vurderingene går ut på at der frivillige informanter er brukt som opplysningskilde, skal ikke disse være utsatt for noen som helst risiko, uten mulighet for å høste fordeler av det resultatet studien eventuelt måtte gi. Det skal være informert samtykke, med mulighet for å trekke seg fra studien når som helst, og som sikrer anonymitet. Ulike land har derimot ulike regler, som gjør at dette hensynet følges med varierende nøyaktighet (Kayser-Jones & Koenig, 1994).

Fra den litteraturen og forskningslitteraturen som er funnet og beskrevet her kan det se ut som om det eksisterer et gap i forskningsområder. Dette fordi resultat etter søk på studier som om-

handlet både eldre med hjertesvikt og eldre på sykehjem, viste seg å være negativt. Grunner til dette kan være studentens evner til søketeknikk og marginal pasientgruppe som gjør at det kan være mer hensiktsmessig å rette fokus mot en større gruppe pasienter, som derfor kan bidra med situasjonsforståelse av en større gruppe mennesker.

4.0 Resultater

4.1 Aktuelle artikler

Barremo et al. (2008) har i en studie undersøkt hvordan personer opplever å leve med kronisk hjertesvikt. Undersøkelsen er en systematisk litteraturstudie, og er utført på bakgrunn av at antall personer med hjertesvikt øker i den vestlige verden. New York Heart Associations beskrivelse av hjertesviktens alvorlighet og omfang er lagt til grunn for å kunne beskrive hjertets funksjonalitet og pumpeevne.

Systematisk litteraturstudie ble brukt som metode, da dette sto i forhold til hensikten med studien. Kvinner over 45 år med hjertesvikt grad en til fire, at artiklene som beskrev disse skulle være kvantitative og kvalitative, hvorvidt de inneholdt etisk refleksjon, og om titlene og sammendraget sto i forhold til studiens hensikt, var inklusjonskriteriene. Eksklusjonskriterier var artikler som omhandlet barn og mennesker med demens, samt studier publisert før 1995.

Studiens gyldighet og pålitelighet ble diskutert. Søkedatabasene Cinahl og Medline/Pubmed ble brukt. Utvalgte artikler ble analysert, da formålet var å kategorisere og organisere de ulike studier, slik at innholdet var lettere å lese og å forstå. Det er ikke nevnt i artikkelen at studien er godkjent av noen form for etisk forskningskomité.

En studie av Burström et al. (2007) fokuserer på mannlige pasienter med hjertesvikt og deres erfaring med å føle trygghet og utrygghet. Ni menn som bodde på en omsorgsenhet i det Sve- rige fikk forespørsel om de ville delta i studien. Samtlige informanter hadde objektive tegn på

hjertesvikt, som ble diagnostisert av kardiolog. Mennesker som var nær døende ble ekskludert fra studien. De som valgte å delta fikk informasjon om studiens formål og hvordan informasjonssinnhenting skulle foregå, og at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien til enhver tid. Det totale antallet menn som deltok ble tilslutt sju personer.

Informasjon ble innhentet ved bruk av fokusgruppeintervjuer. Informasjonen ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse, som brukes for å beskrive ulike typer fenomener fra skriftlige, verbale eller visuelle kilder til informasjon.

Studien er godkjent av forskningsetisk komité. Forfatterne ser at å få ulike mennesker som er syke, og som i utgangspunktet ikke kjenner hverandre til å dele sine innerste følelser i forhold til seg selv og sitt syn på sykdom kan lett føre til at den individuelle integriteten til enkelt mennesket kan bli krenket.

I en studie av Slettebø (2008) er det undersøkt hvilken erfaring beboere ved tre sykehjem i en stor by i Sør-Norge opplevde å bo på sykehjem. Det ble brukt kvalitativ hermeneutisk metode. Studien ble utført ved at forskeren intervjuet fjorten beboere ved sykehjemmene, og analyserte svarene i ettertid. Svarene kunne deles inn i ulike kategorier, som var gjeldene for samtlige av de åtte kvinner og seks menn som deltok. Inklusjonskriterier var at deltakerne skulle ha bodd på sykehjem i minimum tre måneder og at de hadde samtykkekompetanse, ikke led av demenssykdom og at de frivillig takket ja til å delta.

Intervjuene fokuserte på å få frem aspekter og oppfatninger om hvordan beboerne opplevde det å bo på sykehjem. Det ble spurt om respekt, autonomi, trygghet, omsorg og om hvordan deres interesser ble ivaretatt. Eventuelle misforståelser ble forsøkt klarlagt og respondentene ble gitt god tid til å forklare eventuelle uklare svar. Studien ble godkjent i Regional forskningsetisk komité for medisinsk forskning i helse region sør. Deltakerne i studien hadde hele tiden mulighet til å trekke seg fra studien, og de ble garantert anonymitet og konfidensialitet.

Bakgrunnen for studien av Franzén, Blomqvist, & Saveman (2005) var at kronisk hjertesvikt er et svært økende helseproblem for eldre mennesker i den vestlige verden. Det er utviklet ulike typer måleinstrumenter for å måle, og å sette tall på livskvalitet ved kronisk sykdom, da spesielt kronisk hjertesvikt. Disse verktøyene har hatt skiftende validitet og praktisk anvendbarhet, fordi språk kompliserer og øker sjansen for misforståelser ved oversettelser til tandre språk. Studien er en del av en kvantitativ tverrsnittundersøkelse som tok høyde for å kartlegge helserelatert livskvalitet hos eldre mennesker med kronisk hjertesvikt. Deltakerkriteriene var alder sekstifem år eller eldre med grad av hjertesvikt en til fire. Diagnose ble stilt i sykehus. Mennesker som døde i løpet av datainnsamlingsperioden, hadde en usikker diagnose eller feilaktig adresse ble ekskludert. Undersøkelsen identifiserte kandidatene ved hjelp av diagnoseregister basert på ICD, som er et internasjonalt sykdoms- og diagnoseregister. Hensikten med studien var å validere en svensk versjon av et amerikansk spørreskjema brukt for å avdekke ulike faktorer ved det å leve med kronisk hjertesvikt blant eldre, og hva som var prioritert hos den enkelte. Alle informanter ble informert om anonymitet og studien er godkjent av forskningsetisk komité (Franzén et al., 2005).

4.2 Hovedfunn

4.2.1 Behov for trygghet

Å være trygg er viktig for eldre som bor i sykehjem. Resultatene fra Slettebø (2008) tyder på dette. Informantene legger vekt på at sykepleierne må ta seg tid til samtale med den enkelte beboer, og de ser forskjellen mellom fagutdannet pleiepersonell, og da spesielt sykepleiere, og ufaglærte. Beboerne uttrykker trygghet, men opplever ensomhet og mangel på sosial stimuli. De synes å oppleve trygghet fordi de vet at det finnes mennesker der som kan dekke deres daglige behov, men også hvis de deres tilstand plutselig ble forverret. De opplever derimot at få eller ingen av de andre beboerne kan, eller vil snakke, eller har god nok hørsel til å høre hva andre sier, og at personalet ved avdelingen ikke tar seg tid eller har mulighet til å snakke med dem. Forskeren antyder videre at sykepleierne ved de tre sykehjemmene står overfor utfordringer i forhold til å tilby holistisk pleie med fokus på å ivareta den fysiske og sosiale dimensjon (Slettebø, 2008).

4.2.2 Behov for sosial stimuli

Resultatene fra Barremo et al. (2008) var i hovedtrekk tap, vern av uavhengighet og nyorientering. Informantene opplevde ikke bare tap av funksjon, men også tap av sosialt liv på grunn av tap av kontroll over egen kropp. Noen mennesker opplevde i starten at de var mer irriterte enn før, og i økende grad mistenksomme, også i forhold til omsorgspersonalet ved den aktuelle institusjon. De uttrykte også bekymringer i forhold hvordan den sosiale omverdenen ville oppfatte de selv, siden de var syke. Frustrasjon, depresjon, lidelse, skyld og utålmodighet var følelser som oftest gikk igjen, noe som igjen viser at det kan være sammenheng mellom den fysiske og psykiske dimensjon (Barremo et al., 2008).

Burström et al. (2007) kom frem til ulike tema som viste seg å være gjenganger for alle deltakere. Å være ensom kontra sosialt aktiv hadde stor betydning, fordi dette var en kilde til trygghet. Gjennomsnittet følte at de var verdiløse hvis de hadde bodd alene. Videre var det essensielt å ha tro på livet. Opplevelser før sykdom var sett på som positive. Det var også viktig å ha en positivistisk innstilling til livet videre, samt evnen til å kunne se fremover å takle det livet måtte gi av både positive og negative utfordringer. Dessuten var frykten for en ikke-fredelig død kilde til utrygghet.

4.2.3 Omsorg for fysiske og psykiske plager

Franzén et al. (2005) avdekket visse symptomer og tegn som oftest var gjentakende hos eldre mennesker med hjertesvikt. Disse ble igjen delt i tre dimensjoner eller områder, som symptomene hadde sin opprinnelse i. På det fysiske plan var det å være trøtt, å ha lavt energinivå, og en følelse av fatigue var blant de mest fremtredene. Andre utfordringer relatert til fysisk helse, var å måtte hvile i løpet av dagen, generelle vanskeligheter med fysisk aktivitet som å gå i trapper, og deklive ødemer var også noen av utfordringene.

Av emosjonelle plager var depresjon og bekymring de viktigste problemene. Av disse to var følelsen av å være deprimert den som påvirket daglig livet i størst grad. Dette funnet er støttet av Barremo (2008). Det å være innlagt i sykehus var oppgitt til å være minst bekymringsverdige.

I Burström (2007) beskriver mennene også en følelse av å miste kontrollen over egen kropp, samt og ikke oppleve seg selv som et helt menneske på grunn av sykdom. Det å ha kontroll over egen kropp, og ikke minst kontroll over behandlingen hadde betydning for om man oppfatter seg selv som selvsikker og å se på seg selv med god selvfølelse. Det å ha muligheten til å bruke egen kropp til noe produktiv, til å utrette noe, og for å kunne oppretthold en viss funksjon oppleves også som en ytterligere kilde til trygghet.

Resultatene fra studien antyder også at å føle tillit til, og evnen til å kunne stole den hjelpen, omsorgen og støtten man mottar fra helse- og sosial vesenet er også av betydning. Spesielt viktig er det å ha muligheten til og kunne medvirke i legemiddelbehandlingen, samt å ha tillit til denne. Motsatt virker det utrygt å slutte å ta tilsynelatende nødvendige medisiner, selv om disse subjektivt ikke har virkning. Alle som deltok i studien uttrykker at det å føle mistro til den legen de har hatt kontakt med, helsesystemet og de aktuelle legemidler helt klart ga grunn for det å føle seg utrygg, særlig liten tilgang til spesialister innen kardiologi var negativt. Videre var legemidlenes ulike bivirkninger en slags forsterkning i forhold til det å tape kroppsbeherskelsen. Tap av nattesøvn på grunn av nykturi som et symptom på hjertesvikt og effekt av vandrivende medikamenter en belastning som fremkalte usikkerhet, og tappet dem for krefter.

5.0 Diskusjon

Hovedfunnene kan hevdes å være fåtallige, og preget av generalitet og universalitet. Dette fordi at de fire områdene som er funnet som viktige kan sies å være noe som preger mange typer mer eller mindre alvorlige kroniske sykdommer, og ikke bare kronisk hjertesvikt. Informantene i (Barremo, 2008) oppga at de hadde et mer religiøst og filosofisk, nesten eksistensielt syn på deres livssituasjon. Dette kan tyde på at fokuset til eldre mennesker med kronisk etter en tid blir flyttet fra det fysiske og psykiske, og over til den åndelige eller eksistensielle dimensjon. Forklaringen kan ligge i at den eldre kjenner kroppen sin godt, den har opplevd endringer i forhold til sykdom og aldring, og anser kanskje ikke lenger symptomer som viktige i livet. Dette kan igjen reise spørsmålet om hva slags motivasjon og grad av innsats man kan forvente av den vanlige sykehjemsbeoer på åttifem år, og som har levd med hjertesvikt i lang tid?

5.1 *Behov for trygghet*

Litteraturen (Romøren, 2008; Rundgren og Dehlin, 2004) og forskning (Slettebø, 2008; Sainio, 2008) ser ut til å være enige om at trygghet er viktig for eldre mennesker i sykehjem. De funn som er presentert her er imidlertid om eldre med hjertesvikt som en ekstra utfordring, men trygghet er også for disse en av de viktigste oppgitte faktorer. Dette kan kanskje oppfattes som naturlig og forventet, ettersom økt påvirkning av sykdom og alder gjør sitt i forhold til mange områder. De som uttrykker tilfredsstillende av å være trygge, kan man nok gå ut ifra at har tillit til andre omsorgspersoner som gir dem denne tryggheten. Sainio (2008) sier i sin studie at noen av de eldre opplevde det begrensende å være avhengig av andre for å kunne føle seg trygge. De informantene som rapporterte om viktigheten og betydningen av trygghet, rapporterte også som følelsen av ensomhet (Slettebø, 2008). Denne påstanden får imidlertid støtte fra Balteskard (2008), som argumenterer for en endring av hvordan pleiepersonalet legger opp sosiale aktiviteter ved sykehjemsavdelinger, fordi forfatteren mener at for mange sykehjemsbeoere stues sammen på dagligstua. Dette får også støtte av Hauge (Kirkevold, 2008).

Å mestre tilværelsen på sykehjemmet

Hvis en ser på hvordan den typiske sykehjemsbeboer er, og hva som kjennetegner denne (Hauge, 2008), kombinert med den livskvaliteten som kan følge den eldre ved å sitte på dagligstua, får en kanskje et litt annet perspektiv på begrepet mestring. Man kan kanskje stille seg undrende til hvorfor de eldre skal ha økt fokus på mestring, hvis en tenker på hvilken livssituasjon de er i. Min erfaring er at de færreste har direkte fokus på mestring, som en betydningsfull del av hverdagen. De fleste er opptatt av og ikke å ha smerter, være mest mulig symptomfrie og å få besøk av pårørende. Dette synes å reflektere de gjeldende, realistiske kanskje mest naturlige behov. Informanter oppga etter å ha levd med hjertesvikt en tid at de ble mye mer åpne. Et økende religiøst perspektiv kunne være å spore og deltakerne inntok et noe mer filosofisk ståsted (Barremo, 2008). Dette kan tyde på at mennesker med kronisk hjertesvikt, og kanskje også mennesker med kronisk sykdom generelt etter en tid ikke er så opptatt av fysiske problemer og mestring av disse, men inntar et noe mer eksistensielt syn på tilværelsen. Barremo (2008) sier at dette kanskje var mer relatert til økende alder, enn til sykdom. Det kan se ut som om dette er et viktig og nødvendig tankekors i den prosessen en må gjennom for å være i stand til å sette seg inn hvordan den eldre egentlig har det, og hva som skal til for at de skal få en bedre hverdag preget av kontroll og sammenheng. Eide og Eide (2009) hevder ut fra Lazarus og Folkmans (2006) teori om mestring at det er hensiktsmessig å finne riktig mestringsstrategi ut fra det situasjonen krever av en selv. En skulle imidlertid tro at hvilke forutsetninger beboeren selv har for å finne mening i livet på sykehjem ved hjelp av disse mestringsprosessene også er relevant. Her kan sykepleieren imidlertid se en mulighet til å tilby støtte og om nødvendig gi tilpasset undervisning.

5.2 Behov for sosial stimuli

Slettebø (2008) hevder at også informantene i denne studien ikke følte at deres sosiale behov ble ivaretatt. Det blir der stilt spørsmål om beboerne viser empati overfor stressede sykepleier, og derfor ikke krever å få sine behov oppfylt. Min erfaring fra sykehjem støtter delvis opp om denne påstanden. Når det blir planlagt og iverksatt sosiale begivenheter er dette svært vanske-

lig å legge merke til, men er det sikkert at alle som vil delta, får delta? Empirisk har jeg opplevd jeg at mange slike aktiviteter foregår på et fellesrom der bare som er i stand til å gå selv, gå med støtte, eller som er i rullestol kan delta. Hva med de siste aller dårligste som kanskje hadde hatt størst utbytte? Det er min erfaring at disse beboerne sjelden får denne type tilbud, selv om dette likevel kan variere fra sykehjem til sykehjem og fra avdeling til avdeling.

Sainio & Hansebo (2008) utførte en intervjustudie der det ble undersøkt hvordan eldre opplevde det å flytte til sykehjem, for å bo der resten av livet. De som ble intervjuet sa blant annet at det å flytte på sykehjem var en betydelig inngripen i den personlige sfære, fordi pleierne tok seg til rette. De eldre påpekte at samtidig som tryggheten ved å bo ved sykehjemmet ble møtt, kom mangelen på sosial omgang som en negativ motpart, fordi få eller ingen hadde interesse av, eller hadde mulighet til å føre en samtale. Beboerne påpekte at ideen med å bruke ordet sykehjem som et hjem, ikke fungerer i praksis. Dette fordi rommet var lite, de hadde liten mulighet til å personliggjøre rommet, og pleierne gikk ut og inn som de ville uten å respektere privatlivet til den gamle. Disse funnene er delvis støttet av Slettebø (2008), som også dokumenterer at trygghet, personliggjøring av rommet en bor på, og sosial stimuli er essensielle begreper som det kan se ut som om sykepleieren må støtte opp om. Det er dokumentert i Pagens (2004) at god tilpasningsdyktighet gir god mulighet til å få bedre helse ved kronisk sykdom. Sett i et holistisk perspektiv vil det kanskje også være fordelaktig hvis ytre ressurser tilpasser seg den gamle og syke, med det mål eliminere kilder til utrygghet og fremmedgjøring.

Studiene overlapper imidlertid ikke helt, fordi fokuset i studiene varierer noe. Sainio & Hansebo (2008) påstår videre at imidlertid også at måten pleiepersonalet møter den eldre på, og hvilke holdninger disse har også er av betydning for hvordan den eldre opplever å bo på sykehjem. Studien antyder at de ansattes holdninger til beboerne er så avgjørende, at dette påvirker beboernes selvbilde. Rundgren & Dehlin (2004) fremholder at den sosiale integrering av eldre ikke må undervurderes. Den psykologiske tilpasningen til sykdom og det generelle fysiske funksjonsnivå er avhengig av et minimum av sosial stimuli. Hvis sykepleierens forebyggende funksjon trekkes inn, ser en at sosial aktivitet forebygger sykdommer som demens, som også er vanlig i sykehjem (Rundgren & Dehlin, 2004).

Det faktum at betydningen av sosial integrasjon hos eldre i sykehjem er dokumentert, kan imidlertid ha en bakside, og må selvfølgelig brukes hensiktsmessig. Dette fordi det fortsatt kan tenkes at noen opplever god livskvalitet, og mestrer ulike utfordringer i forbindelse med sykdom på egenhånd. Mange er kanskje vant til å leve alene, noe som sykepleieren nok bør tilpasse seg. Prinsippet om autonomi kan her trekkes inn, fordi dette forsvarer beboerens rett til selvbestemmelse (Brinchmann, 2005). Videre er kravet om brukermedvirkning lovfestet i Pasientrettighetsloven (1999). Brukermedvirkning og helsepersonellens holdninger til mottaker av helsehjelp er også dokumentert i Sosial- og helsedirektoratet (2005) som tydelig slår fast at eksempelvis beboeren skal integreres i beslutningsprosesser. Beboeren skal kunne være med på å beslutte hvilke tjenester og hva slags hjelp han eller hun skal motta, og hvordan de skal mottas. Dette synet deles imidlertid også av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2008) som i grove trekk sier at sykepleieren skal respektere beboerens rett og mulighet til å foreta egne valg, basert på tilstrekkelig, nødvendig, relevant og tilpasset informasjon.

Studien av Barremo et al. (2008) tar som tidligere omtalt for seg mennesker med hjertesvikt over 45 år, og sier derfor ingenting om dette inkluderer de eldste. Studien ansees likevel for å være relevant, fordi en kan tenke seg at de følelser og utfordringer og behov for støtte ved mestring likevel er tilstede. En påstand om at mennesker på eksempelvis femti og nitti år vil ha relativt forskjellige livssituasjoner og derfor en annen tilnærming til kronisk sykdom, vil nok fortsatt være gyldig og derfor få støtte.

5.3 Omsorg for fysiske og psykiske plager

Det er tidligere antydnet at fysiske og psykiske plager er faktorer som trenger oppmerksomhet ved mestring av hjertesvikt, noe som alene kan være årsaker for behov for sykepleie. Kronisk hjertesvikt er i utgangspunktet en somatisk sykdom, og det vil derfor være naturlig at fysiske plager vil forekomme i form av symptomer og funksjonstap. Det som kanskje ikke er så opplagt er at dette kan føre med seg psykiske plager. Turvey et al. (2003) utførte en studie der de

så på eldre mennesker med kronisk hjertesvikt og deres holdninger sett i sammenheng med funksjonstap og depresjon. Turvey et al. (2003) antyder i denne studien at noen eldre klarer å tilpasse egne forventninger og livsstil på en slik måte at de likevel opplever subjektivt god livskvalitet. De eldre som av en eller flere grunner ikke klarer dette, er mer utsatt for å utvikle tegn på alvorlig depresjon. Forfatterne påstår videre at det er vist sammenheng mellom fysisk funksjonstap og depresjon hos eldre mennesker med hjertesvikt. Denne påstanden er imidlertid basert på eldre studier, noe som kan trekke dens relevans og aktualitet i tvil. Franzén et al., (2005) sier at de behov som eldre med hjertesvikt oftest gir beskjed om er følelsen av å være trøtt, lavt energinivå og følelsen av å være deprimert. Også i Barremo (2008) er det støtte for å påstå at depresjon kan være en følge av hjertesvikt. Hummelvoll (2005) har imidlertid dokumentert at det kan være sammenheng mellom somatisk og psykisk sykdom. Turvey et al. (2003) sier imidlertid også at en manglende evne til å utføre oppgaver eller ufordringer som ga dem en positiv, rekreasjonistisk opplevelse, sammen med tap av autonomi var det som var best forbundet med depressive symptomer. Eldre pasienter med hjertesvikt opplevde også å være en byrde for andre, noe som også kan ha sammenheng med tap av funksjon, og følelsen av å være avhengig av andre.

Selv om hjertesvikt kan passe inn under flere av begrepene i definisjonen av kronisk sykdom i Strauss, et al (1984) sitert i Gjengedal og Hanestad (2007), ser det likevel ut som om det her finnes punkter som kan diskuteres. Da denne definisjonen blant annet sier at *”forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie”*, kan den trekkes under tvil fordi sykehjemsbeoerens iboende ressurser og reservekapasitet kan være tilstrekkelig til likevel å opprettholde tilsvarende normalt funksjonsnivå i forhold til alderen, og at det derfor ikke alltid er behov for et rehabiliteringsprogram eller fører med seg varig funksjonshemming. Fordi at det finnes flere grader av hjertesvikt (Jacobsen et al., 2009), og en av disse ikke fører med seg symptomer, selv i relativt sterk fysisk aktivitet, kan det derfor argumenteres for at hjertesvikt ikke nødvendigvis må komme inn under denne definisjonen. Hjertesvikt er ifølge Gjengedal (2007) likevel definert som kronisk sykdom.

Hvis en samtidig ser på WHO's definisjon av helse som lyder: *”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*,

(World Health Organization, 2003), ser en at for å ha god helse må en ha, fritt oversatt, en komplett følelse av fysisk, mentalt og sosial velvære. Da Mensen (2008) og Romøren (2008) har dokumentert at eldre kan ha utfordringer med gerontologiske forandringer, kan da dette bety at hvis en skal følge WHO's definisjon på helse, er nesten alle eldre, og yngre som sådan syke. Argumentasjonen for dette er at kravet for å føle seg i fullstendig velvære kan synes vanskelig å oppnå, da de fleste tidvis har relativt lette allmennsymptomer uten å kunne kalle dette for sykdom. Et annet aspekt ved denne dimensjonen av sykdomsbegrepet er at man kan skille mellom opplevelsen av å være syk, kontra å ha en rolle som syk, og ikke minst kronisk syk.

Pagels (2004) fremholder i sin studie at egenomsorg er en betydelig og viktig del av den totale omsorgen. Videre sier hun at dette er en kapasitet i hverdagen ved kronisk sykdom, men som må sees i sammenheng med menneskets forutsetninger. Antonovsky (2000) hevder imidlertid også at hvordan det syke, eller lidende mennesket opplever en sammenheng i sin tilværelse har innvirkning på dennes helse, livskvalitet og sykdom. Sett i perspektiv til Lazarus og Folkmans (2006) mestringsteori kan det se ut som om følelsen av mestring er et produkt av trygghet, kontroll og opplevelse av sammenheng, som kan danne grunnlag for god livskvalitet. Lee et al. (2009) utførte en multinasjonalt tværnittstudie der de konkluderte med at kjønn ikke er av essensiell betydning i forhold til om hvorvidt evne til egenomsorg ved hjertesvikt er avhengig av kjønn, noe som er interessant fordi det angivelig kan eliminere kjønnsforskjeller i mestringsmetoder, om enn på et noe svakt grunnlag.

6.0 Avslutning

På bakgrunn av de funn, faglitteratur og sykepleievitenskapelig forskning presentert her, ser det ut til at noen forutsetninger må være til stede for at beboere med hjertesvikt som bor på sykehjem skal kunne oppleve mestring av egen hverdag. Sykepleier må gi støtte til beboere til å føle trygghet og være sosialt aktiv. Det er også viktig at beboeren får hjelp og støtte til fysiske og psykiske utfordringer relatert til hjertesvikten for at beboeren skal oppleve mestring av egen hverdag. Dette kan gjøres ved å ta seg god nok tid til omsorg tiltenkt og tilpasset den enkelte beboer, oppmuntre beboeren til å snakke med andre beboere, og å behandle plagsomme symptomer adekvat i samråd beboer, lege og å inkorporere føringer gitt av helsemyndighetene og etiske retningslinjer.

Videre fremstår det som fordelaktig at det blir utført videre (sykepleievitenskapelig) forskning om hvordan det er å leve med hjertesvikt som beboer på sykehjem.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium* (1. Utg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Barremo, A., Bruce, E., Salander, M., & Sundin, K. (2008). Personer opplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt - systematisk litteraturstudie. [Elektronisk versjon] *Vård i Norden*, 28(3), 34-38.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Bertelsen, B. I. (2000). *Patologi: Menneskets sykdommer* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2008). Respirasjon og sirkulasjon. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 319-332) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Franzén, K., Blomqvist, K., & Saveman, B. (2005). Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: A validation study [Elektronisk versjon]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 137-145.

- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å Leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (2. Utg.). Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-237) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, T., Hansen, I., & Areklett, E. (2001). Sykepleie til pasienter med hjertelidelser. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*: (1 bind) (s. 436-440) (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet 1. februar. 2010 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=hlspl*&&
- Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I: U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3* (1. Utg.). Oslo: Akribe.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., & Røise, O. (2009) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kayser-Jones, J. & Koenig, B. A. (1994). Ethical issues. I: J. Gubrium, & A. Sankar (Red.), *Qualitative methods in aging research* (s. 15-32). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør...: Omsorgens forhold til sykepleie - en presentasjon av benner og wrubels teori*. Oslo: Trulte Konsmo og Tano As.
- Kostrzewski, A. (2002). Cardiovascular medicines in the elderly. I: D. Armour, & C. Cairns (Red.), *Medicines in the elderly* (s. 53-73) (1. Utg.). London: Pharmaneutical Press.
- Lazarus R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2006). *Stress og følelser: En ny syntese*. København: Akademisk forlag.

- Lee, C., Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D., Lennie, T., et al. (2009). Gender differences in heart failure self-care: A multinational cross-sectional study [Elektronisk versjon]. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 1485-1495.
- Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 51-57) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mulligan, K. (2009). Heart failure. I: S. Newman, L. Steed, K. Mulligan (Red.), *Chronic Physical illness: Self-management and behavioural interventions* (s. 238-254). Berkshire: Open University Press.
- Mæland, J. G. (1999). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis* (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pagels, A. (2004). Egenvård: Kapasitet i vardagen ved kronisk sykdom [Elektronisk versjon]. *Vård i nord*, 24(3), 10-14.
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter av 2. juli. 1999 nr. 63*. Hentet 1. februar. 2010 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&
- Ranhoff, A. (2008). Den akutt syke gamle. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 180-195) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. (2008). Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God om sorg til den gamle pasienten* (s. 75-88) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Reitan, A. M. (2006). Mestring. I: U. Knutstad, & B. K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2* (3. Utg.). Oslo: Akribes.
- Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-38) (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård: Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.
- Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Att flytta till sjukhem - en ny fas i livet: En intervjustudie [Elektronisk versjon]. *Vård i norden*, 28(2), 27-31.
- Simonsen, T., Aarbakke, J., & Lysaa, R. (2004). *Illustrert farmakologi* (2 bind) (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 28(1), 22-25.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... *Og bedre skal det bli!: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud* (No. 10). Hentet 1. februar 2010 fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf
- Statistisk Sentralbyrå. (2009). *Pasientstatistikk 2008*. Hentet 1. februar 2010 fra <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/main.html>
- Statistisk Sentralbyrå (2009) *Stadig kortere liggetid på sykehus*. Hentet 23. desember 2009 fra <http://www.ssb.no/pasient/>
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suzeck, B., Wiener, C. (1984). *Chronic illness and the quality of life* (2. Utg.). St. Louis: Mosby
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. Utg) (K. M. Thorbjørnsen, overs.). Oslo: Universitetsforlaget. (Originalutg. 1966)

Norsk Sykepleierforbund (2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 3. januar 2010 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

World Health Organization (2003). *WHO definition of health*. Hentet 1. februar 2010 fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>