



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 570

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Meistring hjå eldre pasientar med hjartesuikt

Antall ord *: 7526

Navn på veileder *: Kari Marie Thorkildsen

Tro- og loverklæring *: Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Meistring hjå eldre pasientar med
hjartesykt

Coping for elderly patients with heart
failure

Kandidatnummer: 570

Bachelor i sjukepleie, Stord

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Kari Marie Thorkildsen

26. April. 2018 kl.14.00

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

«Meistring hjå eldre pasientar med hjartsvikt»

*«Imidlertid er ett angreb på hjertet symbolsk sett et angreb på livet og på ens
væsens kerne»*

(Benner og wrubel, 2001, s.251)

Bachelor oppgåve i sjukepleie

HVL, Stord 2018

Kull 2015

Innleveringsdato: 26. April 2018 kl.14.00

Antall sider 26

Antall ord 7526

Samandrag

Tittel: Meistring hjå eldre pasientar med hjartsvikt

Bakgrunn: Bakgrunn for val av tema er møte med hjartsvikt i nær familie og i arbeid på medisinsk avdeling. Ut i frå erfaring har eg sett at denne pasientgruppa ofte blir «svingdør pasientar» som stadig blir reinlagt på sjukehus. Eg opplever at mange av innleggingane kunne vore unngått om det hadde vore større fokus på førebygging heime, og pasientane hadde følt dei meistra sin situasjon betre.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar legge til rette for meistring hos heimebuande pasientar med hjartsvikt?

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å auke kunnskapen rundt temaet samt kartlegge kva faktorar som påverkar moglegheita for meistring hos heimebuande pasientar med hjartsvikt.

Metode: Dette er ein systematisk litteraturstudie. Det er brukt 5 artiklar som blir drøfta opp mot Benner og Wrubel (2001) sin omsorgsteori, relevant faglitteratur og eigen erfaring.

Resultat: Pasient, pårørende og sjukepleiar perspektiv blir presentert. Det blir belyst korleis det er å leve og døy med hjartsvikt i heimesjukepleie og langtidspleie, samt korleis det er å vere pårørende til pasientgruppa. Det kjem fram at det er mange utfordringar, men òg konkrete tiltak og forhold som er viktige for at pasient og pårørende skal ha ei god oppleving av situasjonen sin.

Konklusjon: Det er ulike faktorar helsepersonell må ta omsyn til når dei skal leggje til rette for meistring hos pasientar med hjartsvikt. Ut i frå valt litteratur samt eigen erfaring kan ein sjå at tryggleik, pårørende, kunnskap samt brukarmedverknad er sentralt.

Nøkkelord: Hjartsvikt, meistring, brukarmedverknad, informasjon, tryggleik

Summary

Title: Coping for elderly patients with heart failure

Background: The background for topic selection is meeting heart failure in close family and when working at a medical division. Based on experience I have seen this patient group often gets re-hospitalized. I find that a lot of the hospitalizations can be avoided if there would be more focus on preventive health measures and if the patient felt like he personally could handle his situation better.

Research question: how can a nurse practitioner can facilitate a sense of coping for heart failure patient living at home

Aim: the aim with this study was to gain knowledge on the topic as well as investigate what factors influences the possibility for coping with heart failure patients living at home.

Method: this is a systematic literature study. The study is based on 5 articles discussed against Benner and Wrubel (2001) care theory as well as subject literature and own experience.

Result: Patient, next of kin and nurse perspective is presented. The articles enlighten how it feels to live and die with heart failure in home care and/or long-term care, and how it is to be next of kin of the patient group. It has a lot of challenges as well as specific health measures and conditions that is important for the experience of the situation.

Conclusion: There are several factors nurses needs to be aware of when facilitating for coping for heart failure patients living at home. Safety, next of kin, knowledge as well as patient participation is important.

Key words: heart failure, coping, patient participation, information, safety

Innhold

1.0	INNLEIING	1
1.1	Tema	1
1.2	Bakgrunn for val av tema	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing og oppsummering av problemstillinga.....	2
1.5	Hensikt.....	3
2.0	TEORI	4
2.1	Sjuepleieteori	4
2.1.1	<i>Benner og Wrubel om det å være menneske</i>	4
2.1.2	<i>Benner og Wrubel om omsorg</i>	4
2.1.3	<i>Benner og Wrubel om stress og meistring</i>	5
2.2	Hjartesykt	5
2.2.1	<i>Symptomt ved hjartesykt</i>	6
2.2.2	<i>Medikamentell behandling</i>	7
2.2.3	<i>Sjuepleie ved hjartesykt</i>	8
2.3	Sjølvbestemming og medbestemming.....	9
2.3.1	<i>Autonomi</i>	9
2.3.2	<i>Pasientinformasjon</i>	10
2.4	undervisning og rettleiing for heimebuande eldre	10
2.5	Samhandlingsreforma	11
2.6	Individuell plan.....	11
3.0	METODE	12
3.1	Litteraturstudie.....	12
3.2	Fremgongsmåte	12
3.2.1	<i>Tabell – MeSH ord</i>	13
3.2.2	<i>Tabell - Inklusjon og eksklusjonskriterier</i>	14
3.3	Metodekritikk	15
3.3.1	<i>Vurdering av eiga oppgåve</i>	15
3.3.2	<i>Kritisk vurdering av forskningsartikklar</i>	17
3.3.3	<i>Etikk i oppgåveskriving</i>	17
4.0	RESULTAT	18
4.1	Samandrag av artiklar	18

4.2	Samla analyse av resultat.....	19
5.0	DRØFTING.....	20
5.1	Pårørande bidrar til tryggleik.....	20
5.2	Å møte stress med kunnskap	21
5.3	Pasienten som ein aktiv deltakar	23
5.4	Konsekvensar for sjukepleie.....	24
6.0	AVSLUTTING.....	26
	REFERANSELISTE.....	27
	VEDLEGG 1 – Artikkel oversikt	31
	VEDLEGG 2 – Kritisk vurdering av artikklar	36
	VEDLEGG 3 – søketabell CHINAL	50

1.0 INNLEIING

1.1 Tema

Temaet for oppgåva er meistring ved hjartesykt, med fokus på støtte og tilrettelegging i kvardagen for auka livskvalitet.

Hjartesykt har ein førekomst i befolkninga på 2-3%. Hos personar over 70 år aukar denne førekomsten til 10-20%. Hjartesykt er ein progredierande sjukdom som fører til høg dødelegheit og sjuklegheit hos pasienten (Ørn, 2010, s.174). Det typiske forløpet for ein hjartesykt pasient bærer preg av akutte forverringar og gradvis funksjonsreduksjon til pasienten til slutt dør fordi hjartet ikkje klarer å pumpe lenger, eller fordi pasienten får rytmeforstyrningar (Ørn, 2010, s. 174)

Pasientar med hjartesykt har ei forventet levetid på 4 år, likevel er 40% av alle pasientar som blir innlagt på sjukehus grunna hjartesykt død i løpet av det fyrste året (Ørn, 2010, s.173). Det er ingen kur mot hjartesykt, men rett behandling vil gi pasienten mindre symptom å vere med på å auke livskvaliteten. Førekomsten av pasientar med hjartesykt vil auke i takt med at det blir fleire eldre (Landsforeininga for hjarte- og lungesykt, 2015). Å leve med hjartesykt påverkar heile mennesket, det får konsekvensar for fysisk helse, livsutfolding og livskvalitet. Det å leva med hjartesykt betyr å leva med ein usikker, begrensa og truande livssituasjon (Landsforeininga for hjarte- og lungesykt, 2015).

Istad (2013) påpeiker at pasientar med hjartesykt er nokon av dei mest ressurskrevjande i norsk helsevesen. Samhandlingsreforma har ført til at pasientar kjem raskare ut til heimetesta. Kommunen må betala døgnbøter om pasienten blir liggande på sjukehus utan tilbod frå kommunen, dette fører ofte til at pasienten kjem heim før eit nytt tilbod er utarbeida tilstrekkeleg og ein ser ofte at pasienten framleis er dårleg når han kjem tilbake til heimen. Medisinsk ferdigbehandla er ikkje eit synonym for frisk, og pasienten vil ofte trenge auka tilrettelegging og omsorg i tida etter utskrivning. Mange pasientar som tidlegare har vore behandla på sjukehus blir no behandla heime. Behovet for auka kompetanse er stort (Bruvik, Dagesen og Abrahamsen, 2017).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Møte med hjertesvikt i nær familie har gitt meg stort engasjement for temaet. Eg har sjølv opplevd korleis mennesket endrar seg og svinner vekk i takt med progresjonen til sjukdommen, samt frustrasjonen ein sitt med som pårørande når ein ikkje føler det blir satt i gong tilstrekkelege tiltak retta mot individet.

I tillegg arbeider eg på medisinsk avdeling ved sida av studie, der eg ofte møter pasientar med hjertesvikt. Eg opplever at desse pasientane stadig blir reinlagt, på grunn av forverring av hjertesvikten, men òg på grunn av utryggleik. Det kan tenkjast at mange av innleggingane kunne vorte unngått om det hadde vore sett inn større ressursar på førebygging og helsefremming heime og at fleire hadde følt seg tryggare om dei fekk hjelp til å meistre sin situasjon betre.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar legge til rette for meistring hos heimebuande pasientar med hjertesvikt?

1.4 Avgrensing og oppsummering av problemstillinga

Ein finn pasientar med hjertesvikt i alle aldrar. For å avgrense oppgåva vel eg likevel å fokusere på eldre pasientar over 65 år. Det er denne aldersgruppa eg har mest erfaring med når det kjem til hjertesvikt, og majoriteten av hjertesviktpasientar er eldre.

Det vil ikkje vera fokus på akutt behandling ved forverring av hjertesvikten eller rutinar som høyrer til spesialisthelsetenesta då fokuset er på sjukepleie i heimen. Eg vil i staden presisere utfordringar som spelar inn på kvardagen til hjertesviktpasienten.

Eg vil ikkje gå djupt inn på, men ta stilling til samfunnsperspektiv som ressursmangel og samhandlingsreforma. Det vil ikkje vera eige punkt for omgrepsavklaring då eg går igjennom omgrepa i teoridelen.

Oppgåva henviser til pasienten som han, pasienten og hjertesviktpasienten.

1.5 Hensikt

Hensikten med oppgåva er å auke kunnskapen rundt temaet, samt avdekke forhold som er viktige for at sjukepleiar skal kunne leggja til rette for meistring hos heimebuande pasientar med hjartsvikt. Eg har òg eit ynskje om å bidra til å forbetra sjukepleia til den aktuelle pasientgruppa og vidareformidle kunnskapen eg tileignar meg i arbeid med oppgåva.

2.0 TEORI

I denne delen blir sjukepleieteorien til Patricia Benner og Judith Wrubel presentert, samt teori om hjertesvikt symptom, behandling og sjukepleie. Det vil òg bli greia ut om autonomi, medbestemmingsrett, pasientinformasjon, samhandlingsreforma og individuell plan.

2.1 Sjukepleieteori

Tema i oppgåva blir drøfta opp mot Patricia Benner og Judith Wrubel sin sjukepleieteori. Benner og Wrubel (2001) har skrive boka «omsorgens betydning i sygepleie», der dei presenterer sitt perspektiv. Teorien deira handlar i hovudsak om forholdet mellom omsorg, stress og meistring. Dei baserer teorien sin på sjølve sjukepleiepraksisen (Benner og Wrubel, 2001, s.14). Dei tar utgangspunkt i at ulike fenomen som omsorg, stress og meistring oppstår frå eit førstepersonsperspektiv, altså ut i frå levde erfaringar.

2.1.1 *Benner og Wrubel om det å være menneske*

Benner og Wrubel (2001, s.65) ser på mennesket som ein sjølvfortolkande skapning som i utgangspunktet har ein ikkje- reflekterande forståing av seg sjølv i verda. Dei skriv at mennesket oppfattar og taklar ting ut i frå kva det betyr for den enkelte, og at ein situasjon, som til dømes sjukdom, må bli forstått direkte ut i frå kva det betyr for individet. To menneskjer kan møte same situasjon, men tileigne den ulik betydning.

Samtidig påpeiker Benner og Wrubel (2001, s.65) òg at mennesket er ein reflekterande skapning som kan gjere veloverveide val, men at dette ikkje er einaste måten ein møter verda på. Ut i frå deira teori vil kvar situasjon ein møter ha ein underbevisst betydning ut i frå kven ein er. Det handlar om alt frå kroppsleg kunnskap, spesielle betingelsar og kva kontekst ein er i (Benner og Wrubel, 2001, s.66).

2.1.2 *Benner og Wrubel om omsorg*

Omsorg er i følge Benner og Wrubel (2001, s.23) at menneskjer, begivenhetar, prosjekt og ting betyr noko. Dette beskriv eit bredt spekter av relasjonar som sett menneskjer i sårbare situasjonar, samtidig som det knyt tankar, følelsar og handling saman. Ut i frå dette har

mennesket moglegheit til å verdsette, yte hjelp og søke hjelp. Etersom omsorg seier noko om kva som betyr noko, meiner Benner og Wrubel (2001, s.23) at det òg vil ha betydning for kva som vil opplevast som stressande og ikkje. Samtidig er omsorg er ein føresetnad for meistring. Ut i frå Benner og Wrubel (2001, s.25) sin teori er omsorg primært i menneskje sitt liv.

2.1.3 Benner og Wrubel om stress og meistring

Benner og Wrubel (2001, s.82) beskriv stress som ei oppleving av forstyrningar av meiningar og det som betyr noko. Stress handlar i stor grad om individet si oppfatning av relasjonen ein har til ein situasjon, samt kva evne ein har til og tilpasse seg den aktuelle situasjonen.

Meistring blir forklart som det ein har å stille opp med mot stresset, det spelar på individet sine bekymringar, sak, bakgrunn, ferdighetar og vanar (Benner og Wrubel, 2001, s.87). Det er derimot ikkje ein kur for stress, men ei slags motvekt. Meistring ut i frå Benner og Wrubel (2001, s.86) sin teori er både det å gjera noko, men òg det å ikkje gjera noko. Det kan vera alt frå å søke informasjon om situasjonen og vidare forsøke å endre måten ein tenker om den på til og prøve å endre situasjonen.

2.2 Hjartesykt

Hjartesykt er ein tilstand der pumpeevna til hjarte, er redusert slik at det ikkje kan frakte blod like effektivt som eit friskt hjarte. Minuttvolum er redusert og er for lavt til å dekke kroppen sitt behov (Eikeland, Haugland og Stubberud, 2010, s.221).

Hjartesykt oppstår av ulike grunnar. I 70% av tilfella på grunn av iskemisk hjartesykt. Hjarteklaffefeil er grunnen i 10% av tilfella, medan hypertensjon, myokarditt, takykardi samt kardiomyopati utgjer samla 10%. Dei resterande 10% kjem av sjeldnare, meir ukjente årsaker (Ørn, 2010, s.173).

Når vevet i kroppen ikkje får tilstrekkeleg med blod vil det bli registrert av ei rekke reseptorar i hjarta, aorta, nyrene og hjernen (Ørn, 2010, s.177). Det vil då bli sett i gong fleire kompensasjonsmekanismer i nerve- og hormonsystemet. Blant anna vil det bli auka aktivitet i

det sympatiske nervesystemet og i renin- angiotensin- aldosteron- systemet (RAAS) (Aronsen, Birkeland, Munvik og Sjaastad, 2010, s. 42). Dette vil skape eit auka blodtrykk slik at blodet blir frakta betre ut i vevet. Den positive effekten av dette er derimot kortsiktig, då det fører til auka arbeidsbelastning på eit allereie redusert hjarte. På sikt vil det føre til ytterlegare forverring av hjartsvikten (Ørns, 2010, s.177). Dei ulike kompensasjonsmekanismane samt graden og type funksjonsforstyrring påverkar hjartsvikten.

2.2.1 Symptomt ved hjartsvikt

I følgje Ørn (2010, s.77) blir hjartsvikt kjenneteikna av redusert fysisk yteevne, tungpust (dyspné) og ødem. Samtidig opplever mange av pasientane med hjartsvikt søvnforstyringar, underernæring og vekttaap. Svikten utviklar seg over tid og det skjer ei gradvis auke i symptombelasting.

New York Heart Assosiation (NYHA) gradere hjartsvikt i fire funksjonsklassar ut i frå mengda aktivitet som skal til før pasienten opplever dyspné (Eikeland et al., 2010, s.222)

Funksjonsklasse 1: Asymptomatisk hjartsvikt. Ingen avgrensingar i fysisk aktivitet

Funksjonsklasse 2: Lett hjartsvikt. Lett avgrensing i fysisk aktivitet, større belastning gir tydelig utmattelse, dyspne, hjartebank eller angina

Funksjonsklasse 3: Moderat hjartsvikt. Betydelege avgrensing i fysisk aktivitet, lett fysisk aktivitet gir symptom. Symptom ved daglege gjeremål som påkledning og husarbeid.

Funksjonsklasse 4: Alvorleg hjartsvikt. Symptoma er så utalte at dei ikkje tillate nokon form for fysisk aktivitet.

SYMPTOM

Redusert fysisk yteevne. Dyspné saman med redusert blodsirkulasjon til muskel og skjelett fører til redusert fysisk yteevne. Ut i frå grad av hjartsvikt vil pasienten kjenne begrensingar i aktivitet og føle at han ikkje klarer like mykje som tidlegare (Ørn, 2010, s.177).

Ødem vil seie veskeoppopping i kroppen, dette er eit vanleg symptom ved hjartsvikt. Ødem kjem av RAAS aktivering, og det er aldosteron utskiljinga som er utslagsgivande. Aldoestron held tilbake natrium i nyrene som bind seg til væske. Dette aukar væskemengda i kroppen, noko som fører til auka ødem. Ødema skaper òg auka belastning på hjartet og dermed auka lungestuving.

Dyspné, lungestuving og lungeødem. Nedsett pumpeevne gjer at blodet ikkje blir pumpa effektivt nok ut av venstre ventrikkel, dette fører til dyspné då blod blir ståande (stuva) i lungene. Stuvinga gjer at lungene blir stivare og minskar elastisiteten som er nødvendig for at lungene skal tømme seg for luft i følge Ørn (2010, s.177). Hjartesviktpasientar opplever ofte forverring av dyspné i liggjande stilling då trykket i lungene aukar.

Ved ei forverring av hjartesvikten vil trykket auke ytterlegare og forplante seg vidare til lungekappilærene. Lungekappilærene vil skilje væske ut i lungevevet for å lette på trykket, og det vil oppstå ein hevelse. Dersom det blir så mykje ødemveske på lungene at det trenger inn i alveolane vil pasienten gå i lungeødem. Væska i alveolane vil blanda seg med luft og det blir danna eit rosa skum som kjem ut gjennom pasienten sin munn og nase. Alveolane som blir fylt med veske kan ikkje lenger bidra til gassutveksling. Dette vil skape stort ubehag og pasienten vil døye dersom tilstanden ikkje raskt blir reversert med aktuell behandling (Ørn, 2010, s.177).

Søvnforstyrningar i form av kortare total søvntid samt hyppige oppvakningar er ei plagsam biverknad for hjartesvikt pasientar, som på sikt fører til kronisk trøytteleik (Eikeland et al., 2010, s.224).

Underernæring og vekttap oppstår hos dei fleste pasientar med alvorleg kronisk hjartesvikt. Dette oppstår både på grunn av nedsett matlyst som følge av væskeretensjon i gastrointestinal traktus, endring i metabolisme og redusert næringsopptak på grunn av nedsett sirkulasjon til tarmen (Eikeland et al., 2010, s.224)

Psykososiale problem kan oppstå av ulike grunnar kjem det fram i Eikeland et al. (2010, s. 224). Både på grunn av at pasienten finn det vanskeleg å leve med funksjonelle begrensingar og på grunn av frykt for forverring. Biverknad av medisinar kan òg være belastande for pasienten. Depresjon og angst er ikkje uvanleg hos pasientar med hjartesvikt (Eikeland et al., 2010, s.224)

2.2.2 Medikamentell behandling

ACE – Hemmere. Reduserer trykkbelastinga hjartet opplever i diastole og perifer motstand ved å virke vasodilaterende på både venøs og arteriell side av hjartet, og det hemmar retensjon av natrium og vatn i nyrene. Dette fører til auka minuttvolum og fyllingsvolum i hjartet

(Eikeland, et al., 2010, s.225)

Betablokkere. Reduserer hjartefrekvensen og forebygger myokardcelledød ved og auke aktivering av det sympatiske nervesystemet og aukar utskiljinga av nervotransmittarar som dopamin, noradrenalin og adrenalin (Eikeland et al., 2010, s.225)

Diuretika. Brukes på pasientar med symptom på overvæsking, lungestuving og lungeødem. Legemiddelet reduserer trykkbelastninga på hjartet i diastole ved å auke utskiljing av natrium og vatn. Bør kombinerast med ACE- hemmarar (Eikeland et al., 2010, s.225)

Kva behandling som er aktuell blir basert på grada av hjartsvikt. Vaksineringsfor å styrke pasienten sitt immunforsvar er og ofte utført då ein infeksjon kan forverre hjartsvikten. Pacemaker kan også være aktuelt for nokre pasientar (Eikeland et al., s.225)

2.2.3 Sjukepleie ved hjartsvikt

Sjukepleie ved hjartsvikt handlar om å bidra til å optimalisere pasienten sin tilstand. For å gjere dette er ein nøydd til å gjere nødvendige observasjonar for å kunne vurdere og identifisera tidlege teikn på utvikling eller forverring av sjukdommen. Ved å ivareta pasienten sine grunnleggjande behov på ein god måte kan ein redusera hjartet sitt arbeid og forebygge komplikasjonar (Eikeland et al., 2010, s.225). Eikeland et al., (2010) påpeiker òg at informasjon er eit viktig tiltak for hjartsviktpasientar.

Då mitt fokusområde ligg i heimetenesta vel eg å ikkje gå nærare inn på sjukepleie som er hyppigast utført i spesialisthelsetenesta ved forverring av hjartsvikten, som administrering av oksygen, væskebehandling og overtrykksventilering. Eg vel heller å gå nærare inn på aktivitet og kvile, eliminasjon, ernæring og psykososiale behov.

Aktivitet og kvile. Pasienten treng kvile for å redusera hjartet sitt arbeid. Det er nødvendig å leggje til rette dagleg aktivitet slik at pasienten ikkje opplever for stor symptombelastning i kvardagen (Eikeland et al.,2010, s.228).

Eliminasjon. Observasjon i forhold til diurese er svært viktig, spesielt for pasientar som står på diuretika. Som nemnt tidlegare aukar diuretika utskiljinga av væske og natrium, vanlege biverknader av dette er elektrolytt tap i form av hypo- natremi, kalemi og magnesemi samt

dehydrering skriv Eikeland et al. (2010, s.228). Observasjon av slimhinner, hud og kreatinin-nivå kan gi indikasjon på for høgt væsketap og dehydrering, og gjer det nødvendig å justere dosen. Auka vekt og ødem kan òg vera grunnlag for dosejustering og indikerer for lave doser (Eikeland et al., 2010, s.228).

Ernæring. På tross av at salt og væskerestriksjon ofte er noko pasienten må forhalda seg til er det viktig at han ikkje har for mange ernæringsrestriksjonar. Dette er fordi pasientar med hjartsvikt ofte har nedsett matlyst. Tilstrekkeleg og god ernæring er viktig då det kan bidra til å styrke hjartefunksjonen. Samtidig bør ein anbefale pasienten små hyppige måltid, då store måltid ofte sett eit høgare krav til blodgjennomstrøyming i mageregionen og dermed auka oksygenforbruk. Små hyppige måltid vil òg kunne verke positivt på nedsett matlyst (Eikeland et al., 2010, s.228).

Psykososiale behov. For å styrke posisjonen til pasienten treng han best mogleg munnleg og skriftleg informasjon om korleis han skal forhalda seg til sjukdommen. Dette gjeld både kva tiltak som vil bli nødvendig, som for eksempel veging og ernæringsrestriksjonar, samt generelt om sjukdom og behandling. Behandlinga krev ofte at pasienten endrar livsstil, noko som kan komme i konflikt med pasienten sine personlege og kulturelle verdiar. Redusert livsutfalding og livskvalitet kan føre til depresjon, angst og utrygghet for framtida. Det å kartlegge grad av depresjon samt informere om at depressive tankar er normalt kan bli nødvendig (Eikeland et al. 2010, s.229). Bose et al. (2016) knyt emosjonelt stress til dødelegheit, reinlegging i sjukehus og nedsett livskvalitet.

2.3 Sjølvbestemming og medbestemming

2.3.1 Autonomi

Autonomi handlar om å være sjølvbestemmande, i helsevesenet handlar dette i stor grad om det å bestemme over eigen helsehjelp (Nordtveit, 2016, s.134). Nordtveit påpeiker òg at respekt for pasienten sin autonomi er grunnleggjande for helsepersonell. Korleis ein forstår autonomi kan i følgje Slettebø (2013, s.88) være sentralt i møte med pasientar i sårbare og

avhengige situasjonar. Sjukepleie handlar mykje om korleis ein tolkar autonomi omgrepet. Ein kan ofte sei at ein kan avgrensar moglegheita til eller auke moglegheita til autonom vilje, men ikkje frata pasienten den (Slettebø, 2013, s.88). For eksempel kan pasientar nekte behandling, men kan i liten grad velje behandling om det strider i mot lege sine anbefalingar og økonomiske ressursar.

2.3.2 Pasientinformasjon

Nordtveit (2016, s.139) får fram at pasienten er heilt avhengig av informasjonen helsepersonell gir for å kunne bevare sin autonomi. Informasjon gir pasienten innsikt i sin situasjon og pleia som blir gitt samt moglegheit høve for brukarmedverknad i følge Nordtveit. Retten til informasjon er felt ned i pasient- og brukarrettighetslova (2001) §3-2. som seier at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa»

2.4 undervisning og rettleiing for heimebuande eldre

Undervisning og rettleiing for heimebuande eldre handlar blant anna om å informere med førebyggjande hensikt for å hindre innlegging i sjukehus. I tillegg til å følgje opp sjukepleiepedagogisk etter sjukehusopphald som bidrag til rehabilitering (Hellezen & Brataas, 2011, s.136). Dette krevjar i følge Hellezen og Brataas høg kompetanse og kunnskap om aldring og samansette sjukdommar samt kunnskap om personen, heimen og det sosiale nettverket, for å få eit heilskapleg bilete av pasienten. Dette vil gjere det lettare og skape eit god pedagogisk tilnærming.

Det er òg viktig å ta omsyn til at eldre treng meir tid på intellektuelt krevjande oppgåver, ein bør difor å setje av god tid. For å være sikkert på at pasienten har forstått informasjonen som er gitt, kan det vere lurt å be han gjenta den (Hellezen & Brataas, 2011, s.136).

2.5 Samhandlingsreforma

St. meld. Nr 47 (2008-2009) skriv at samhandlingsreforma skal være med på å sikra framtidig helse- og omsorgsteneste ved og ivareta pasienten sine behov for koordinerte tenester og svara på samfunnet sine økonomiske utfordringar. Samhandlingsreforma skal i følgje Regjeringen (2014) føre til at ulike ledd i helsetenesta arbeider betre saman, fleire oppgåver til kommunen og betre ressursar til å utføre dei, samt auka brukarmedverknad. For å sette samhandlingsreforma til liv er det sett i gong ei rekke økonomiske tiltak i tillegg til lovendringar og plikter for kommune og sjukehus. Det er blant anna plikta at kommune og sjukehus skal samarbeide, samtidig som det er ny folkehelselov som styrker kommunen sitt ansvar for førebygging og helsefremjande arbeid (Regjeringen, 2014).

2.6 Individuell plan

Individuell plan er eit verktøy helsepersonell i samhandling med pasient og pårørande kan utarbeide. Tilbodet er der for å sikre eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod for pasientar med behov for langvarig helseteneste. Målet med individuell plan er å sikre medverknad og samhandling med pasient og pårørande, og på tvers av yrkesgrupper (Helsedirektoratet, 2017).

Pasient- og brukarettighetslova §2-5 (1999) er det heimla at alle pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeida individuell plan. Samtidig påpeiker Pasient- og brukarettighetslova kapittel 4 (1999) at det ikkje skal utarbeidast individuell plan utan samtykke frå pasienten.

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

«En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap frå skriftlige kilder» (Thidemann, 2015, s.79).

Sentralt i ein systematisk litteraturstudie er problemstillinga. Ut i frå problemstillinga skal ein identifisera, velgje, vurdere og analysere relevant forskning for å kunne svare på den best mogleg (Forsberg og Wengström, 2013, s.27). Ein kan sei at ein samlar kunnskap frå ulike kjelder og sett dei inn i ein samanheng (Thidemann, 2015, s.80). Målet med ein litteraturstudie er å bruke aktuell forskning til å forbetre klinisk praksis (Forsberg og Wengström, 2013, s.27).

3.2 Fremgongsmåte

Det fyrste eg gjorde var å bestemme søkeord på Norsk som var relevant for problemstillinga mi. Vidare gjekk eg inn i SveMed+ for å finne MeSH ord. MeSH ord er emneord som beskriv innhaldet i artikkane og det fungerer som søkeord for å finne relevante artiklar (Thideman, 2016, s. 87). Orda eg hadde valt hadde fleire MeSH ord, eg plukka då ut dei MeSH orda eg tykte var mest relevant. Eg inkluderte òg nokre av dei svenske MeSH orda. Etter kvart som eg søkte såg eg at nokre av søkeorda blei overflødige.

3.2.1 Tabell – MeSH ord

SØKEORD NORSK	MESH ORD ENGELSK OG SVESNK
Hjertesvikt	Heart failure, Congestive heart failure, cardiac failure, hjärtsvikt
Kronisk sykdom	Chronic disease, chronic illness, chronic illnesses, chronically ill
Hjemmesykepleie	Homecare, home care service, domicilly care, vår i hemmet
Pårørende	Next of kin, kinship, family, families, anhöringa, family caregivers
Sykepleie	Nursing, registered nurse, sjuksköterska, health care professionals
Mestring	Coping, Coping skills, Adaptive behavior, Anpassing, Bemästring

I tillegg til at eg fann søkeord på førehand valde eg òg inklusjon og eksklusjonskriterier. Som hovudregel brukte eg blant anna ikkje forskingsartiklar som var eldre enn 10 år, både på grunn av relevans i forhold til samfunnet sin utvikling og fordi det var mange artiklar å velje mellom og eg ville bruke nyast mogleg forskning.

3.2.2 Tabell - Inklusjon og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Pasient Alder 65+ år	Pasient alder under 65 år
Artiklar skriven etter 2008	Artiklar skriven før 2008
Artiklar med IMRAD stil	Artiklar utan IMRAD stil
Artiklar skriven i land med minimale kulturelle forskjellar	Artiklar skriven i land med store kulturelle forskjellar
Språk: Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk	Andre språk

Eg starta å søke i CHINAL då eg synes dette er ein oversiktleg database med mykje sjukepleiarforskning. Eg har god erfaring med databasen frå tidlegare søk. Eg søkte òg i andre databasar som PubMed og SveMed+, men artiklane som til slutt vert valt var alle henta frå CHINAL.

I CHINAL søkte eg på dei ulike søkeorda i enkelt søk. Eg inkluderte OR og synonyma eg hadde valt for å få breidde på søket. Dette gjorde eg med samtlige søkeord før eg vidare «slo saman» søkeorda i ulike kombinasjonar og brukte «AND» for å avgrense søket (Thidemann, 2016, s.88). I søk 11 la eg til ordet «security» som ikkje står i MeSH tabellen. Etter kvart som eg leste meg opp på hjertesvikt fann eg ut at dette var ein viktig perspektiv å få med då mange hjertesviktpasientar kjenner seg utrygge i sin situasjon (Eikeland et. Al, 2010, s.224). Eg lagra søketabellen og brukte den same i kvart søk eg gjorde, då eg fann metoden svært effektiv. Søketablell ligg i vedlegg 3.

Eg las gjennom overskriftene på artiklane før eg gjekk vidare inn på dei eg synest verka aktuelle, leste abstract og vurderte artiklane. Om eg synes dei verka relevante lasta eg ned og leste dei i sin heilskap. Når ein les gjennom artiklar ein skal bruke i ei bachelor oppgåve må ein være både reflekterande og kritisk, sjå etter likskap og forskjellar samt samanhengar og

mønster for å finne gode relevante artiklar (Thidemann, 2016, s.30). Ut i frå dette fann eg 5 artiklar eg ville ha med i oppgåva.

I søk åtte valde eg tre artikklar

Part 1: heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspective (Piamjariyakul, Smith, Werkowitch og Elyachar, 2011)

family caregivers to a patient with chronic heart failure living at home: «Co-workers» in a blurred health care system (Andersen, Strøm, Korneliussen og Fagermoen, 2016)

Heart failure patient's description of participation in structured homecare (Näsström, Idvall & Strömberg, 2013).

Vidare valde eg ein artikkel i søk ti

Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members (Kaasalainen, Strachan, Heckman, D'Elia, McKelvie, McAiney, Stolee, Horst, Kelley og Demers, 2013)

Søk nr 12 valde eg ein artikkel

Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjertesvikt som får avancerad sjukvård i hemmet (Söderberg, Karlsson og Löfvenmark, 2015).

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av eiga oppgåve

Då søkeprosessen starta hadde eg ei ferdig problemstilling. Eg visste at hovudfokuset mitt ville være meistring hos pasientar med hjertesvikt som budde heime. Etter kvart som eg fann artiklar gjorde eg nokre justeringar på fokuset og eg valde å inkludere pårørande. Eg valde å

inkludere pårørende då majoriteten av artiklane eg fann inkluderte dei, ut i frå dette samt eigen erfaring verka dei som ein viktig komponent når det kjem til meistring og livskvalitet hos pasientar med hjartsvikt.

Eg leste gjennom ulike sjukepleieteoriar, men fann ut at Patricia Benner og Judith Wrubel sin omsorgsteori passa best for oppgåva mi. Dei har fokus på omgrepa meistring som er sentralt i problemstillinga mi. Benner og Wrubel har gitt ut to bøker om sin teori. Ein på Engelsk og ei nyare utgåve på Dansk. Det er den danske utgåva eg har brukt. Det er verdt og påpeike at eg har møtt på nokre språkutfordringar i forhold til dette.

Då eg starta søkinga brukte eg søkeord som passa til oppgåva sitt tema. Eg starta tidleg med å søke, og fann ei rekke artiklar som det kunne være relevant å ha med. Eg gjekk så igjennom artiklane for å sjå kva land dei var frå, og om dei hadde IMRaD struktur. Etter dette fekk eg ekskludert nokre artiklar og satt igjen med 5 stk. Eg søkte og i PubMed og SveMed+, men alle artiklane eg valte enda opp med å være frå CHINAL.

4 av 5 artiklar eg bruker i oppgåva mi er skriven på engelsk. Dette kan skape utfordringar i forhold til øvesetting. Feil øvesetting kan føre til mistolking av teksten. Om eg har stått fast eller ikkje forstått har eg difor søkt hjelp hos personar som har betre engelskspråkleg kompetanse en meg. To av artiklane eg har valt er frå Sverige, ein frå Noreg og dei to siste er frå USA og Canada. Eg valte å inkludere artiklane frå USA og Canada då eg synes dei presenterer pasient og pårørende perspektiv på ein god måte, erfaring fortel meg at ein kan dra parallellar mellom deira oppleving og norske pasientar si oppleving av det å leve og døy med hjartsvikt.

Faglitteraturen eg har inkludert i oppgåva er skriven frå 2001-2015. Det vil sei at alt er skriven på 2000-tallet. Sjølv om noko av litteraturen er over 10 år, har eg valt å inkludere den på grunna relevant innhald og eigen vurdering av samfunnsmessig relevans. Eg har brukt faglitteratur både frå og utanom pensum, alle bøkene er henta frå biblioteket på høgskulen på vestlandet, campus Stord.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklar

Eg har henta sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning frå kunnskapsenteret.no. Eg har vurdert artiklane mine ut i frå desse for å sjå om dei heldt ein god standard. Kritisk vurdering av samtlige forskingsartiklar finn ein i vedlegg 2.

3.3.3 Etikk i oppgaveskriving

Når ein utfører ein studie skal ein være klar over at ein tar på seg eit ansvar for enkeltpersonar, institusjonar og samfunnet (Dalland, 2012, s.108).

Etikk i oppgaveskriving har ulike viktige moment, og det er fleire utfordringar ein kan møte på i forhold til dette. Dalland (2012, s.108) viser i si bok til to hovudtypar forskingsetiske problem, dette går på bruken og produksjonen av forskingsartiklar. Når eg skriv ein litteraturstudie er eg nøyd til å forholde meg til begge desse etiske aspekta, eg må sørge for at forskingsartiklane eg bruker er produsert på ein etisk god måte, dette har eg gjort gjennom kritisk vurdering av samtlige forskingsartiklar. I tillegg må eg sørge for at eg bruker artiklane på ein etisk god måte. Dette går på å forhindre fabrikkering, plagiat, hypotesar samt feilaktig inklusjon og eksklusjon av data.

Ut i frå det eg har lest i Dalland (2012, s. 108) har eg tatt omsyn til fem ulike kontrollspørsmål når eg har valt forskingsartiklar og skrive denne litteraturstudien.

- Er mål og metode innanfor faget sine normer og avgrensingar?
- Er deltakarane anonymisert og har dei gitt samtykkje?
- Er det avhengighetsforhald som påverkar intervjuobjekta sitt samtykkje?
- Blir rettighetane til dei deltakande personane, samfunn og undersøkaren berørt?

4.0 RESULTAT

4.1 Samandrag av artiklar

Upplevelse av trygghet och otrygghet bland pasienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet (Södberg, et al., 2015).

Studien viser kva faktorar som påverkar kjensla av tryggleik hos pasientar med hjertesvikt som bur heime. Studien viser at det er ein kombinasjon av heimesjukepleie, sosialt nettverk samt indre og ytre ressursar som skapar tryggleik, og at samansettinga av desse er kompleks. I følgje studien er informasjon eit viktig moment for tryggleik. Studien belyser òg at det er viktig å sjå situasjonen frå pasienten sitt perspektiv for å kunne skape tryggleik.

Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspective (Piamjariykul et al., 2011)

Artikkelen belyser korleis ein best mogleg kan forberede seg på å meistre hjertesvikt etter utskrivning frå sjukehus ut i frå pårørande, pasient og helsepersonell sitt perspektiv. Artikkelen visert til pårørande, opplæring og informasjon om hjertesvikt, fokus på psykososiale utfordringar og vegleiing i forhold til dagleg problemløysing som viktige faktorar. Det blir poengtert at helsepersonell kan dra nytte av at pasient og pårørande har kunnskap og informasjon som involverer dei i dagleg problemløysing. I tillegg kjem det fram at pasientar ynskjer at pårørande er ein del av behandling- og pleieforløpet.

Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members (Kaasalainen et al., 2013)

Studien belyser mangel på kunnskap blant deltakarane. Dei har ein tendens til å ha størst fokus på dei utalte symptoma dei har, men lite informasjon om kva hjertesvikt faktisk går ut på. Studien konkluderer òg med at det er eit stort fokus på å takla akutte forverringar, men lite fokus på førebygging og helsefremming. Dei belyser i tillegg kor viktig pasientsentrert omsorg er når ein legger til rette for meistring av hjertesvikten.

Family caregivers to a patients with chronic heart failure living at home: «co-workers» in a blurred health care system (Andersen et al., 2016)

Studien påpeiker at pårørande er ein viktig faktor for korleis pasienten lever med hjertesvikt på, og at pårørande i større grad vil være medverkande i helsetenesta i framtida. På grunn av

dette treng dei meir kunnskap og kontroll. Til slutt konkluderer studien med at pårørande må forstå sjukdomen for å kunne støtte deira næraste best mogleg. Likevel opplever pårørande å få for lite informasjon i nokre tilfeller. Studien belyser at pårørande i større grad bør bli inkludert i framtida.

Heart failure patient`s description of participation in structured homecare (Näström et al., 2013)

Målet med studien var å kartlegge i kva grad pasientar med hjartesykt var involvert i heimesjukepleien dei mottok. Studien viser at brukarmedverknad kan bli styrka gjennom strukturert heimesjukepleie, men at det var behov for balanse mellom pasienten sine ynskjer til medverknad og helsepersonell sine handlingar og verdiar, samt organiseringa av helsetenesta. Studien belyser òg at ting som organisering, manglande kontinuitet og tryggleik til helsepersonell spelar inn på moglegheita til brukarmedverknad.

4.2 Samla analyse av resultat

Studiane får fram at det er mangel på kunnskap blant både pasientar og pårørande. Det blir belyst at pårørande vil være ein større del av heimetenesta i framtida og at dei er ein viktig samarbeidspartner for helsepersonell. Det er difor viktig at dei har tilstrekkeleg informasjon og kunnskap om tilstanden slik at dei kan være involvert i dagleg problemløysing og støtte pasienten på best mogleg måte. Det kjem òg fram at pårørande saman med helsepersonell er viktige faktorar for tryggleik og meistring. Mangel på kunnskap frå pasienten si side kjem frå eit stort fokus på akutte forverringar og symptom, men lite kunnskap om sjølv hjartesykten samtidig som helsefremming og førebygging får lite fokus.

Ut i frå studiane er det nødvendig og ta utgangspunkt i pasienten sitt perspektiv, og omsorga dei får bør være personsentrert for å kunne legge til rette for meistring og tryggleik. Det blir påpeika at det er ein naudsynt balanse mellom pasienten sine ynskjer for brukarmedverknad og helsepersonell sine handlingar og verdiar. Mangel på ressursar skaper utfordringar med organisering og kontinuitet. Dette påverkar moglegheita til brukarmedverknad og svekker tilliten til helsepersonell.

5.0 DRØFTING

Pasientar med hjartesykt utgjer ein stor andel av den eldre befolkninga. 10-20% av alle over 70 år har hjartesykt (Ørn, 2010, s.174). Hjartesykt fører til avgrensa livsutfolding og redusert livskvalitet. Ut i frå artiklane eg har valt å inkludere, samt eigen erfaring kan ein sjå at det er ulike faktorar ein må ta omsyn til når ein skal legge til rette for at pasientar med hjartesykt skal oppleve meistring. Tryggleik, pårørande, kunnskap og organisering av helsetenesta er blant dei. Dette underbygger Benner og Wrubel (2001, s.87) sitt syn på meistring då dei påpeiker at personen sin bakgrunn, bekymringar, ferdighetar og vanar påverkar moglegheita for meistring. Eg vil vidare i oppgåva drøfte samanhengen mellom desse aspekta og korleis helsepersonell med hjelp av desse kan bidra til meistring hos pasientar med hjartesykt. Etersom artiklane blir drøfta opp mot Benner og Wrubel sin teori om meistring vil det være nødvendig og nemne at kjensla og moglegheita for meistring er ulik hos kvar enkelt individ, og at dei tema som blir drøfta kan være utan betydning for enkelte med hjartesykt.

5.1 Pårørande bidrar til tryggleik

Artiklane eg har valt å inkludere i oppgåva samt eigen erfaring viser at pårørande har ei viktig rolle i kvardagen til pasientar med hjartesykt. Dei påverkar kjensla av tryggleik og meistring samstundes som det kjem det fram at mange hjartesykt pasientar ynskjer at dei er inkludert i behandling- og pleieforløpet (Piamjariyikul et al., 2011; Södberg et al., 2015 ;Andersen, et al., 2016). Når ein arbeider i pasienten sin heim kan pårørande òg være ein god samarbeidspartnar for helsepersonell. Dei kjenner pasienten godt og kan hjelpe til med å formidle ynskjer og behov. Samstundes er det viktig å huske på at det er pasienten sine ynskjer ein skal ta utgangspunkt i, og ein må være bevisst på at det kan være forskjell på kva pårørande og pasient synes er best i ein gitt situasjon (Birkeland og Flovik, 2011, s.46).

Södberg et al. (2015) påpeiker at pårørande kan ha positivt innverknad på kjensla av tryggleik hos pasientar med hjartesykt. Tryggleik spelar inn på pasienten sine kjensler og bekymringar og i følge Benner og Wrubel (2001, s.87) er dette faktorar som påverkar moglegheita for meistring. Ein kan difor tolke det slik at pårørande vil kunne være med på å lage eit godt grunnlag for meistring. På ei anna side kan det bli utfordrande om pasienten blir for avhengig av at pårørande skal være til stades eller i nærleiken. Om dei reiser på ferie eller blir borte i

ein lengre periode kan ein i praksis sjå at dette fører til ei kjensle av utryggleik. Utryggleik spelar på dei psykososiale aspekta til pasienten og Renolen (2015, s.152) angir at psykologiske faktorar påverkar sjukdom.

Benner og Wrubel (2001, s.86) skriv at stress handlar om korleis pasienten vurderer sin relasjon til situasjonen og korleis han klarer å tilpasse seg den. Om det at pårørande ikkje er tilstades fører til utryggleik, vil dette kunne påverke pasienten si kjensle av å kunne tilpasse seg sin situasjon og dermed føre til stress. I praksis kan ein erfare at pasientar med hjartsvikt som kjenner at dei ikkje meistrar situasjonen sin heime blir engstelege og opplever auka symptombyrde. Ein kan ofte sjå at dette fører til innlegging på sjukehus. Å være pasient og pårørande i ein slik avhengighetsrelasjon kan være krevjande. Det er viktig å ha respekt for den jobben pårørande i mange tilfelle gjer og at dei har eigne prioriteringar og behov (Birkeland og Flovik, 2014, s.140)

Piamjariyakul et al. (2011) får i sin studie fram at pårørande er ein viktig faktor når det kjem til meistring ved hjartsvikt. For å kunne støtte pasienten på best mogleg måte treng pårørande kunnskap om sjukdommen (Andersen, et al., 2016). Samtidig påpeiker Benner og Wurzel (2001, s. 87) at pasienten òg har behov for at helsepersonell kan hjelpe dei å sjå «neste skritt». For at pasienten skal kunne ha ei formeining om korleis vegen vidare blir, treng han informasjon. I følge Södborg et al. (2015) vil tilstrekkeleg og god informasjon og føre til ei kjensle av tryggleik og dermed auke moglegheita for meistring.

5.2 Å møte stress med kunnskap

Informasjon kan bidra til å forme oppfatninga ein har av ein situasjon og gi oss eit nytt perspektiv. Ut i frå Benner og Wrubel (2001) sin teori kan ein tolke det slik at meistring handlar om korleis ein handterer ein situasjon. I praksis kan ein sjå at pasientar som har kunnskap og informasjon om sin situasjon betre taklar symptom og forverringar når dei kjem, samtidig som dei får eit meir forutsigbart behandlingsforløp som aukar kjensla av tryggleik. I tillegg vil tilstrekkeleg informasjon og kunnskap bidra til betre sjølvstyring av hjartsvikten, då dei i større grad har kunnskap til å utøve førebyggjande tiltak, til dømes i forhold til kosthald. Tveiten (2011, s. 174) får fram at kunnskap kan føre til ein relativt varig endring av oppleving eller åtferd.

Kaasalainen et al. (2013) påpeiker i sin studie at det er eit stort fokus på akutte forverringar og lite på førebygging og helsefremming når det kjem til kunnskap hos hjarteviktpasientar. Dette kan ha samband med at akutte forverringar fører til høg oppleving av stress då det i større grad truer funksjonen til pasienten. I kvardagen er situasjonen meir stabil og det kan tenkjast at ein forhald seg til den på ein anna måte. På ei anna side vil hjartevikt i dei fleste tilfelle avgrensar pasienten sin livsutfolding og dermed true pasienten sine verdiar på dagleg basis. Informasjon om akutte forverringar er viktig og pårørande og pasientar har behov for å forstå hjartevikt og uforutsigbarheita av sjukdommen (Kaasalainen et al. 2013). Andersen et al. (2016) belyser at behovet for informasjon om akutte forverringar er stort hos pårørande, slik at dei kan bidra til å støtte pasienten og veit korleis dei skal forhalda seg til situasjonen. Dette er helseopplæring som i hovudsak har helsefremmande og forebyggande formål, men det er viktig og ikkje gløyme den kliniske pasientopplæringa, den har som formål å hjelpe pasienten å meistre livssituasjonen i kvardagen (Askheim, 2011, s.71). Studien til Piamjariyakul et al. (2011) får fram at pasientar og pårørande har behov for informasjon og tips til problemløysing som kan verta relatert til kvardagen.

Samtidig er det viktig å vurdere pasienten sitt behov for kunnskap og legge til rette kunnskapen ein gir ut i frå individuelle behov og føresetnader (Braatas 2011, s. 36). ut i frå erfaring kan ein oppleve at det ikkje er all informasjon ein bør gi alle pasientar. På same måte som legen ikkje informerer om alle biverknader når han skriv ut eit medikament, då det kan føre til unødig engsteleg. Noko informasjon kan auke kjensla av utryggleik hos brukaren. På ei anna side kan tilbakehalding av informasjon skape eit augeblikk med ro som fører til utfordringar seinare om pasienten opplever noko du ikkje har informert tilstrekkeleg om.

Når ein skal tilretteleggje informasjon handlar det ikkje berre om kva informasjon ein gir, men og korleis den blir formidla. Pasientar i studien til Piamjariyakul et al. (2011) får fram at pasienten sjølv synes det er viktig og være aktivt involvert i læringa. I tillegg skriv også Hellzen og Brataas (2011, s.142) at informasjon må formidlast på ein slik måte at pasienten kan forhalda seg aktivt til undervisningssituasjonen. Dette vil òg gi større moglegheit for meistring då pasienten blir ein aktiv deltakar (Benner og Wrubel, 2001, s. 87).

For at pasienten skal kunne være ein aktiv deltakar treng han moglegheita til å medverke. Organiseringa i helsetenesta i dag kan gjer at dette til tider er ei utfordring. Kunnskap skaper eit godt grunnlag for meistring då det gir pasienten ei breiare forståing av situasjonen sin. Samstundes kan det tenkjast at kunnskapen kan verke overflødig for pasienten om han ikkje

får moglegheit til å bruke den og om pasienten si eiga oppleving av situasjonen blir undergrava til fordel for teori.

5.3 Pasienten som ein aktiv deltakar

I artikkelen til Näsström et al. (2013) kjem det fram at individuell tilrettelegging er sentralt for pasientar med hjartesykt. For at pasientane skal kunne ha tiltru til helsepersonell og føle at dei får medverke til eigen pleie påpeiker Näsström et al. at organisering og kontinuitet er eit viktig moment. Som nemnt tidlegare påpeiker Benner og Wrubel (2001, s.87) at ein må sjå pasienten som ein aktiv deltakar for å oppnå meistring. Ein kan tolke det som at brukarmedverknad er eit sentralt moment i denne samanhengen. Om pasienten blir ein passiv deltakar vil det bli vanskeleg å få til meistring, då meistring i følgje Benner og Wrubel (2001, s.86) i stor grad handlar om kva som betyr noko for individet.

Birkeland og Folvik (2014, s.158) beskriv organisering som ei utfordring i helsetenesta i dag. Dette kjem i stor grad av ressursmangel, både i form av økonomi og sjukepleiarar. Effektivisering av heimesjukepleia fører til minimalt med tid hos kvar enkelt pasient, noko som påverkar moglegheita pleieren har til brukarmedverknad og individuell tilrettelegging av tenesta i følgje Birkeland og Flovik (2014, s.158). Näsström et al. (2013) skriv at korte heimebesøk med fokus på praktiske oppgåver fører til avgrensa dialog og dermed mindre brukarmedverknad.

Det er ulike tiltak som kan setjast i gong for å auke brukarmedverknaden. Individuell plan er ein av dei. I Pasient- og brukerreteighets lova §2-5 (2001) står det at «pasient og brukarar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan». Målet med individuell plan er at pasienten skal få eit heilskapleg, individuelt og koordinert tenestetilbod som sikrar medverknad og innflytelse (Helsedirektoratet, 2017). Erfaring fortel likevel at ikkje alle pasientar i heimetenesta får tilbod om individuell plan, og at mange av dei som får tilbodet ikkje heilt forstår kva det inneber. Ein kan oppleva at pasientar synes individuell plan høyrer ut som mykje arbeid og difor vel å avstå frå det, då dei ikkje har tilstrekkeleg forståing om kva det går ut på. Om pasientane hadde fått meir utfyllande informasjon om tilbodet eller moglegheit til å prøve det ein periode kan det tenkjast at utfallet ville bli annleis. Helsedirektoratet (2017) får fram at

helsepersonell er plikta til å gi informasjon om individuell plan, og at dette skal bli gjort med hjelp av rettleiing for å fremje individuell plan som eit verktøy for heilskapleg og god teneste.

Individuell plan skal òg sikre koordinert teneste. Å koordinere tenesta vil òg kunne føre til auka kontinuitet då all helsepersonell som besøker pasienten har same plan å forhalda seg til. Ressursmangelen ein har i dag bidrar ofte til høg gjennomstrøyming av personell og høg andel ufaglærte (Flovik og Brikeland, 2014, s. 158). Dette kan gi utfordringar når det kjem til oppfatting og formidling av informasjon. Då ein har avgrensa tid hos kvar enkelt pasient vil det være viktig å ha tilstrekkeleg informasjon og pasient og diagnose på førehand. Denne informasjonen er nødvendig for gjennomføring av individuell tilrettelagt pleie. I følgje Birkeland og Flovik (2014, s. 41) er det mykje som tyder på at individuell plan kan auke kvaliteten på pleia som blir gitt.

Brukarmedverknad og individuell tilrettelagt pleie er knytt saman. Ein kan tyde det slik at ein ikkje kan ha den eine utan den andre. Ut i frå Benner og Wrubel (2001, s.87) sin teori om meistring kan ein tenkje seg at ein heller ikkje kan ha meistring utan desse faktorane. Som nemnt tidlegare handlar meistring om kva som betyr noko for individet og først blir mogleg når ein ser pasienten som ein aktiv deltakar i eige liv.

5.4 Konsekvensar for sjukepleie

Å setje i gong tiltak som gjer det enklare å legge til rette for meistring kan gi både utfordringar og positive resultat.

I tillegg til at god og riktig informasjon kan føre til meistring vil det òg kunne føre til at pasienten får moglegheit til å vera ein meir aktiv deltakar i eige liv og kunne vere meir sjølvstendig. God informasjon og samarbeid med pårørande kan føre til at dei i større grad kan være med å bidra til dagleg problemløysing (Piamjariykul et al., 2011). Dette kan være til stor hjelp for helsepersonell i heimetenesta, då det vil kunne gi dei meir tid til å fokusere på andre aspekt hos pasienten. Trass i at mange argumenterer for at det er for lita tid til å prioritere eit godt undervisningsopplegg, kan det tenkjast at dette vil spare helsepersonell for tid og ressursar seinare.

Eit større fokus på førebygging og helsefremming vil i tillegg kunne føre til mindre sjukehusinnleggingar. Dette er i tråd med eit av måla til samhandlingsreforma som seier at ein skal kunne få eit kvalitativt godt tilbod nær eller i heimen (st.meld.nr 47, 2008-2009). Som nemnt tidlegare kan ein likevel sjå at pasientar som opplever heimesituasjonen som utrygg vil kunne oppleve auka symptombyrde, som igjen kan resultere i eit behov og ynskje om innlegging i sjukehus. På ei anna side viser studien til Södberg et al. (2015) at pasientar òg kan oppleve auka stress ved sjukehusinnlegging av ulike grunnar, blant anna nytt personale og endring i daglege rutinar. Førebygging og helsefremming med fokus på ein trygg heimesituasjon vil difor kunne bidra til meistring ved å ivareta pasienten sine verdiar og rutinar i heimen.

6.0 AVSLUTTING

Då meistring er ei individuell kjensle basert på den enkelte sine verdiar kan det være vanskeleg å utarbeide standardiserte tiltak. Likevel er det nokre faktorar som har vist seg som viktige for at det skal være mogleg å legge til rette for meistring.

Pårørande er for mange hjartesviktpasientar ein stor del av kvardagen og gir ei kjensle av tryggleik som kan verke positivt inn på moglegheita for meistring. Samtidig vil pårørande òg kunne være til stor nytte for helsepersonell om dei har tilstrekkeleg kunnskap til å bidra til dagleg problemløysing.

Informasjon er i tillegg viktig for hjartesviktpasienten. Det kan auke kjensla av meistring då kunnskap kan endre måten ein tenker om ein situasjon på, og dermed korleis ein oppfattar seg sjølv i situasjonen. Det er viktig å huske at informasjonen må tilretteleggjast til individet og at kunnskapen ikkje må undergrave pasienten si oppleving av situasjonen.

I ein travel kvardag kan det være lett og gløyme at det er pasienten som skal stå i sentrum, og at det er nettopp pasienten si oppleving av situasjonen ein fyrst og fremst bør og skal ta omsyn til. Det er individet sine verdiar og oppleving som påverkar kjensla av stress å meistring. Ved å auke brukarmedverknaden vil pasienten i større grad vera ein aktiv deltakar i eige liv, noko Benner og Wrubel (2001) peiker på som eit sentralt grunnlag for meistring.

REFERANSELISTE

- Arnonsen, J.M., Birkeland, J.A., Munvik, M., & Sjaastad, I. (2010). *Repeter! Sykdomslære 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykeleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 71-84). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andersen, K., Strøm, A., Konrliussen, K., & Fagaermoen, M. S. (2016). Family caregivers to a patient with chronic heart failure living at home: «co- workers» in a blurred health care system. *Norwegian journal of clinical nursing / Sykepleien forskning*, 1-11. doi: 10.4220/sykepleienf.2016.57818
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje. København: Person education company*
- Birkeland, A. & Folvik, A. M. (2016). *Sykepleie i hjemmet*. (2. utg). Oslo: cappelen damm akademisk.
- Bose, C., N., Elfstöm, M. L., Björling, G., Persson, H & Saboonch, F. (2016). Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 704- 713. doi:10,1111/scs.12297
- Brataas, H. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis – prosess og verktøy. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykeleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 31-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bruvik, F., Dragese, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien forskning 2017 12(60613)(e-60613)*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: gyldenal akademisk.

- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, Stubberud D.G & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg, s.207-242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg). Stocholm: Natur och kultur.
- Hellzen, O. & Brataas, H.V. (2011). Undervisning og veiledning for hjemmeboende eldre. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykeleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 136-152). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet (2017, 6. Juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinert*. Hentet 9. April. 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>
- Istad, H. (2013). *Hjerteboka*. Moss: Opera forlag.
- Kaasalainen, S., Strachan, P. H., Heckman, G. A., D'elia, T., Kckelvie, R. S., Mcainey, C., & Demeres, C. (2013). Living and dying with heart failure in long- term care: experiences of residents and their family members. *International journal of aplliative nursing*. 19(8)375- 382. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=7a1f4b12-365b-4448-a06d-bc9e777550cb%40sessionmgr4009>
- Landsforeninga for hjarte og lungesjuka (2015, 7.Mai). *Hjertesvikt- økende forekomst og behov for bedre behandling*. Hentet 20. mars. 2018 frå <https://www.lhl.no/om-lhl/aktuelt/2015/hjertesvikt--okende-forekomst-og-behov-for-bedre-behandling/>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Näsström, L. M., Idevall, E.A., & Strömberg, A. E. (2013). Heart failure patients' description of participation in structured home care. *Health expectations*, 18(5), 1384-1396. doi:10.1111/hex.12120

- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet 07.04. 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-____63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2012). Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives. *Applied nursing Research*, 25(4), 239-245. doi:10.1016/j.apnr.2011.05.001
- Regjeringen (2014, 3. Oktober). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet 24.04. 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelsen av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget vigmostad & Bjørke.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Söderberg, A., Karlsson, M. R., Löfvenmark, C. (2015). Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic journal of nursing research*, 25(4), 203-209. doi:10.1177/0107408315587800
- St.mld.Nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: på rett behandling – rett tid – rett sted*. Hentet 24.04.2018 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thideman, I. J. (2015). Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2011). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ørn, S. (2010). Hjerte og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.),
Sykdom og behandling (1. utg., s.159-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1 – Artikkel oversikt

Artikkel	Piamjariyakul, U., Smith, C. E., werkowitch, M., & Elyachar (2011) <i>Part I: heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers`perspective.</i>
Hensikt	Hensikten er å beskrive pasient, pårørende og helsepersonell sitt perspektiv på korleis ein best mogleg kan forberede seg på handtere hjartsvikt.
Metode	Kvalitativ studie. Åtte fokusgrupper med pasientar og helsepersonell, fire til åtte deltakarar i kvar gruppe, samt 17 telefonintervju med pårørende. Intervjua vart tatt opp.
Utval	17 pårørende 30 pasientar med hjartsvikt, utan kognitive vanskar. 14 kvinner, 15 menn. 17 helsepersonell som hadde erfaring med kronisk sjuke pasientar. 12 kvinner, 5 menn.
Resultat	Studien konkluderer med at brukarmedverknad kan bli styrka gjennom heimesjukepleie. For at brukarmedverknad skulle vere mogleg måtte det vere balanse mellom pasienten sine preferansar i forhold til medverknad og helsepersonell sine handlingar og verdiar. Studien konkluderer med at kontinuitet og organisering av helsetenesta spelar inn på moglegheita for brukarmedverknad.

Artikkel	Kaasalainen, S., Strachan, P. H., Heckman, G. A., D'Elia, T., McKelvie, R. S., McAiney, C., Stolee, P., Van Der Horst, M. L., Kelley, M. L., & Demers, C (2013). <i>Living and dying with heart failure in long term care: experiences of residents and their family members</i>
Hensikt	Studien er ein del av eit større prosjekt der hensikta var å forbedre the Canadian Cardiovascular Society sine anbefalingar om hjartesykt.
Metode	Dette er ein kvalitativ studie der det blei gjort intervju med pasientar og pårørande. 2 pårørande hadde telefonintervju på grunn av avstand. Det var 9 intervju. 2 intervju med berre pasient og 2 med berre pårørande samt 5 med pasient og pårørande saman.
Utval	Det var 14 deltakarar, 7 pasientar og 7 pårørande. Snittalderen på intervjuobjekta var 84,6 år.
Resultat	Studien viser at det er større fokus på akutte forverringar og symptom enn førebygging og helsefremming. Pasientar og pårørande treng og meir kunnskap om hjartesykt. Kunnskap i tillegg til tidlegare identifisering av symptom er avgjerande for å kunne leve best mogleg med hjartesykten.

Artikkel	Andersen, K. L., Strøm, A., Korneliussen, K., & Fagermoen, M. S. (2016) <i>family caregivers to a patient with chronic heart failure living at home: «Co-workers» in a blurred health care system</i> (
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke erfaring og synet pårørende til pasientar med hjertesvikt har. I tillegg til å finne ut kva behov dei har for kunnskap, støtte og samarbeid med helsepersonell.
Metode	Studien har eit kvalitativt design. Intervjua var utført som ein samtale som var konsentrert rundt pårørende sin kunnskap om hjertesvikta og behandling og deira sjølvsikkerhet som pårørende.
Utval	19 pårørende blei intervjuet. Aldersgruppe 45-83 år. 17 var kvinner, 12 var gift eller sambuarar med pasienten og 7 var døtrer som ikkje budde saman med pasienten.
Resultat	Studien viser at pårørende treng kunnskap for å kunne støtte pasienten på best mogleg måte. Pårørende følte dei fekk for lite informasjon samtidig som dei hadde erfaring me tilgjengelege og kompetente sjukepleiarar. Det trengst klar kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende for at pårørende skal føle seg trygge.

Artikkel	Söderberg, A. C., Karlsson, M. R., & Löfvenmark, C. (2015) <i>Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjartessvikt som får avancerad sjukvård i hemmet</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive opplevinga av tryggleik og utryggleik hos pasientar med kronisk hjartessvikt.
Metode	Dette er ein kvalitativ studie utført med intervju. Intervju blei utført i pasienten sin heim. Intervjua var transkribert og tatt opp med lydopptak.
Utval	Fem kvinner og tre menn deltok i studien, mellom 59-92 år. Median alderen var 86. Studien inkluderte pasientar med NYHA klasse 3-4.
Resultat	Studien får fram at unnvikande meistringsstrategiar hadde ein direkte samanheng med angst og depresjon samt at oppfatninga av symptombyrde og personleg kontroll. Studien konkluderer med at unnvikande meistring strategiar spelar inn på både emosjonell distress og negativt sjukdomsbilete og følelsen av kontroll over sjukdommen.

Artikkel	Näsström, K. M., & Strömberg, A. E. (2013). <i>Heart failue patient`s description of particcipation in structured homecare</i>
Hensikt	Hensikten var å undersøke korleis hjartsviktpasientar som mottar heimesjukepleie opplever brukarmedverknad.
Metode	Det er ein kvalitativ studie basert på 19 intervju.
Utval	6 kvinner og 13 men var inkludert i studien. Deltakarane hadde NYHA klasse 3-4. Alder var mellom 63 og 90 år. Median alder 77 år.
Resultat	Studien viser at brukarmedverknad kan bli styrka gjennom strukturert heimesjukepleie, men at det var behov for balanse mellom pasienten sine ynskjer til medverknad og helsepersonell handlingar og verdiar, samt organiseringa av helsetenesta. Studien belyser óg at ting som organisering, manglande kontinuitet og tryggleik til helsepersonell spelar inn på moglegheita til brukarmedverknad.

VEDLEGG 2 – Kritisk vurdering av artikklar

Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives

SPØRSMÅL	JA	NEI	UKLART	KOMMENTAR
1. Er formålet med studien klart formulert	X			Formålet er klart formulert på studien si fyrste side.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	X			Kvalitativ studie er hensiktsmessig for å belyse opplevinga pasient, pårørende og helsepersonell.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	X			Fokusgruppe intervju samt telefon intervju. Innholdsanalyse metoder og kvalitativ data analyse var brukt til å vurdere innhaldet frå intervjua.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å svare på problemstillinga	X			30 pasientar med hjartsvikt 47% kvinner og 53% menn noko som er jamt fordelt. Helsepersonell 71% kvinner, dette kan komme av at majoriteten i pleie yrkene er kvinner. Alle hadde erfaring med

				<p>hjartesviktpasientar.</p> <p>Pårørande var både ektefeller, vaksne barn og venner av pasient, 71% kvinner.</p>
<p>5. Blei data samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart</p>	X			<p>Data er samla inn gjennom intervju og telefonsamtalar.</p>
<p>6. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført</p>	X			<p>Svar blei analysert med innhaldsanalyse og kvalitativ data analyse. Det er nøye redgjort for analyse av data i eige punkt i artikkelen.</p>
<p>7. Blei det redgjort for bakgrunnsforhold som kan ha påverka fortolking av data</p>	X			<p>Artikkelen påpeiker at dette er opplevinga til ei avgrensa gruppe menneskjer, og at utfallet kunne vært annleis om det var nokon andre som deltok.</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygga funna</p>	X			<p>Det blir trekt inn anna forskning i drøftinga.</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert</p>	X			<p>Det er ikkje gjort godkjenning av etisk komité. Men artikkelen er</p>

				godkjent av «the institutional review board».
10. Kommer det klart fram kva som er hovudfunn i undersøkinga	X			Ja. Det er eige punkt i artikkelen for konklusjon og framtidig forskning.
11. Kan resultata brukast i min praksis	X			Resultata er svært relevant for min praksis då det gir innsikt i både pasient, pårørande og helsepersonell sitt perspektiv i forhold til hjertesvikt handtering i heimen.

Living and dying with heart failure in long- term care: experiences of residents and their family members

SPØRSMÅL	JA	NEI	UKLART	KOMMENTAR
Er formålet med studien klart formulert	X			Formålet med studien er å undersøke opplevelinga av det å leve og døy med hjertesvikt i langtidspleie.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	x			Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig for å undersøke opplevelinga av noko då ein får meir personlege svar enn ved for eksempel ein kvantitativ studie.
Er studiedesginet henstiksmessig for å få svar på problemstillinga	x			Intervju er utført ansikt til ansikt eller gjennom telefon og det er brukt ein semistrukturert intervju guide noko som gjer at ein har større mulighet til individuell formulering av spørsmål. Det blei brukt ei programvare til å analysere data.
Er utvalget hensiktsmessig for å svare på problemstillinga			x	Utval i forhold til kjønn er ikkje redgjort. Likevel er det redgjort for gjennomsnittsalder som var 84.6 år hos pasient.

				Det er òg redgjort at 2 av pårørande var døtre, 4 ektefelle og 1 niese.
Blei data samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart	x			Intervju er ein god måte å samle inn personleg oppfatning av ei oppleving.
Går det klart fram korleis analysen blei gjennimført	x			Data blei transkribert og analysert gjennom program vara N- Vivo 8.0.
Blei det redgjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirka fortolking av data	x			Nokre av intervjuobjekta hadde mindre kognitiv nedsetting som til tider gjorde det vanskeleg å få konkret nok respons på intervju spørsmål.
Er det gjort forsøk på å underbygga funna	x			Det er referert til anna forskning og litteratur i drøftinga.
Er etiske forhold vurdert	x			Artikkelen er vurdert av «research ethics boards at McMaster university of waterloo an lakehead university»
Kommer det klart fram kva som er hovudfunn i undersøkinga	x			Ja. Dette blir greie ut under eige punkt. Det kjem blant fram at handtering av hjartesykt i dag har stort

				fokus på akutte problem og lite på forebygging.
Kan resultatene brukast i min praksis	x			Oppleving av det å leve og dø med hjertesvikt og være pårørende til pasientar med hjertesvikt er svært relevant.

Family caregivers to a patient with chronic heart failure living at home: «co-workers» in a blurred health care system.

SPØRSMÅL	JA	NEI	UKLART	KOMMENTAR
Er formålet med studien klart formulert	x			Undersøke opplevelinga og synet pårørnde har til deira behov for kunnskap, støtte og samarbeid med helsepersonell står klart formulert på første side av artikkelen.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	x			Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å undersøke pårørnde sitt perspektiv i denne samanhengen då ein får meir utfyllande og personlege svar i kontrast til ein f.eks kvantitativ studie.
Er studiedesginet henstiksmessig for å få svar på problemstillinga	x			Ja. Intervjua var utført som ein samtale om tema kunnskap om hjartesvikt og behandling, opplevinga av tryggleik som pårørnde, synleg og usynleg omsorg, samt behovet for støtte og kunnskap. Dette er hensiktsmessig for å få

				fram pårørende si oppleving av situasjonen.
Er utvalget hensiktsmessig for å svare på problemstillinga	x			19 pårørende, der 17 var kvinner. At det er flest kvinner kan være tilfeldig eller kulturelt betinga. 12 var gift eller sambuarar, medan 7 var døtre som ikkje budde saman med pasienten.
Blei data samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart	x			Intervju er ein god måte å samle inn data angående opplevinga av ein situasjon.
Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført	x			Ja. Det er lagt ved eksempel på analyseprosessen.
Blei det redgjort for bakgrunnsforhold som kan ha påverka fortolking av data	x			Det at det er flest kvinner som deltar er beskrive som ein svakheit. Det er og beskrive at det ikkje er kartlagt forskjellar mellom ulike grader av hjartesvikt.
Er det gjort forsøk på å underbygga funna	x			Det er henvist til anna forskning og litteratur i drøftinga.

Er etiske forhold vurdert	x			Det er beskrevet at studien er utført i henhold til Helsinki deklarasjonen og at den er godkjent av «Norwegian centre for research data»
Kommer det klart fram hva som er hovedfunn i undersøkingsa	x			Det er beskrevet i samandrag og i egne punkt i artikkelen.
Kan resultatene brukast i min praksis	x			Artikkelen er relevant for å forstå opplevinga av å være pårørende til hjertesviktpasientar i norsk heimesjukaheleie.

Opplevelsen av trygghet og och otrygghet bland patientar med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet.

SPØRSMÅL	JA	NEI	UKLART	KOMMENTAR
Er formålet med studien klart formulert	x			Formålet med studien er klart formulert i samandraget som er å beskrive opplevinga av tryggleik og utryggleik hos pasientar med hjertesvikt som bur heime.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	x			Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å kartlegge opplevinga av ein situasjon.
Er studiedesginet henstiksmessig for å få svar på problemstillinga	x			Ja. Data er samla inn med semistrukturerte intervju. Intervjua var transkribert og analysert med kvalitativ innhaldsanalyse
Er utvalget hensiktsmessig for å svare på problemstillinga	X			Pasientar med hjertesvikt NYHA- grad 3-4 som har fått heimesjukepleie i minst 3 mnd. 5 kvinner og 3 menn deltok. Median alder 83 år.

Blei data samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart	x			Semistrukturert intervju metode er ein god intervju metode for å samle inn data.
Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført	x			Det er beskrive under eige punkt i artikkelen.
Blei det redgjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirka fortolking av data	x			Det at intervjuaren arbeida i heimesjukepleie blir beskrive som ein svakheit då det kan ha ført til at intervjuobjektet var redd for å sei noko negativt. Det blir påpeikt at det verka som dei snakka fritt på tross av dette.
Er det gjort forsøk på å underbygga funna	X			Drøftinga er ikkje spesielt utfyllande, men referer til anna forskning.
Er etiske forhold vurdert	x			Artikkelen er ikkje godkjent av etiske forskingskomité. Men er godkjent av Sophiehemmet högskola. Det blir og påpeikt at det er gitt munnleg samtykke frå intervju objekta og at pasientsikkerheten er ivaretatt.

Kommer det klart fram kva som er hovudfunn i undersøkinga	X			Dette er presentert godt under eige punkt.
Kan resultatata brukast i min praksis	X			Det å ha kunnskap om opplevinga av tryggleik og utryggleik hos pasientar med hjartesykt er svært relevant for min praksis.

Heart failure patients' description of participation in structured home care

SPØRSMÅL	JA	NEI	UKLART	KOMMENTAR
Er formålet med studien klart formulert	x			Er beskrive i eige punkt i samandraget. Formålet er å avdekke korleis hjertesviktpasientar opplever medverknad i heimesjukepleien.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga	x			Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å avdekke opplevinga av noko.
Er studiedesginet henstiksmessig for å få svar på problemstillinga	x			Ja.
Er utvalget hensiktsmessig for å svare på problemstillinga	x			13 menn og 6 kvinner. Gjennomsnittsalder 77 år. Det kunne med fordel vert mindre sprik mellom antall menn og kvinner.
Blei data samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart	x			Data samlinga blei samla gjennom intervju, som er hensiktsmessig for å kartlegge ei oppleving av ein situasjon.

Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført	X			Data blei analysert gjennom kvalitativ innhaldsanalyse
Blei det redgjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirka fortolking av data			x	Det blei ikkje redgjort for bakgrunnsforhold.
Er det gjort forsøk på å underbygga funna	x			Det er referert til andre studiar og litteratur i drøftinga.
Er etiske forhold vurdert	x			Etiske forhold er vurdert av Regional ethical review board in Linköping,
Kommer det klart fram kva som er hovudfunn i undersøkinga	x			Det er eige punkt for dette i artikkelen der hovudfunna blir presentert.
Kan resultata brukast i min praksis	x			Hjartevikt pasientar si oppleving av deltaking i strukturert heimesjukepleie er både relevant for min praksis og bacheloroppgåva sitt tema.

VEDLEGG 3 – søketabell CHINAL

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat (antall)
S1	Hjertesvikt OR (heart failure or congestive heart failure or cardiac failure) OR hjärtsvikt		37 349
S2	Hjemmesykepleie OR (homecare or home care service or domicilly care) OR vård i hemmet		21 289
S3	kronisk sykdom OR (chronic disease or chronic illness or chronic illnesses or chronically ill)		97 388
S4	Pårørende OR (Next o kin or kinship or family or families or family caregivers) OR anhöriga		182 177
S5	sykepleie OR (nursing or registered nurse or		600 727

	health care professionals) OR sjuksköterska		
S6	Mestring OR (coping or coping skills or adaptive behavior) OR (anpassing or bemästring)		36 849
S7	S1 AND S2		307
S8	S1 AND S2	Published date: 01.01.2008- 31.12-2018	212
S9	S1 AND S6		196
S10	S1 AND S6	Published date: 01.01.2008 – 31.12.2018	120
S11	Security	Published date: 01.01.2008 – 31.12.2018	11 164
S12	S11 AND S1		40
S13	S1 OR S3		129 926
S14	(S1 OR S3) AND (S6 AND S13)		2869
S15	(S1 OR S3) AND (S6 AND S13)	Published date 01.01.2008 – 31.12.2018	1556

