



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til pasienter med hjertesvikt

Nursing care to patient with heart failure

Eva Skotheimsvik og Gøril Reset-Ulleland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 06.05.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med hjertesvikt

Tittel på engelsk: Nursing care to patients with heart failure

Forfatter(e): Eva Skotheimsvik og Gøril Reset-Ulleland

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Sølvi Standal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.04.10

Antall ord: 11399

Sammendrag:

Bakgrunn: Hjertesvikt er blitt en av de mest utbredte kroniske lidelsene på verdensbasis.

Det kliniske løpet vil være preget av forverringer som krever ekstra hjelp eller sykehusinnleggelse. En sykepleiers rolle er blant annet å ha kunnskap om hvordan sykdom kan virke inn på mennesket og hvilken betydning sykdommen har på livskvalitet. *Hensikt:*

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvordan vi med sykepleie kan bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan oppnå en bedre livskvalitet, eller redusere antall

reinnleggelser på sykehus. *Metode:* Litteraturstudie som består av 15 forskningsartikler,

derav 11 randomiserte kontrollerte studier og 4 kvalitative studier. *Resultat:*

Sykepleietiltakene hadde varierende grad av effektivitet når det gjaldt å bedre

livskvaliteten, men bidro i de fleste undersøkelsene til reduksjon av antall reinnleggelser

på sykehus hos denne pasientgruppen. Noen undersøkelser førte både til økt livskvalitet og

reduksjon i antall reinnleggelser. *Konklusjon:* Det er ingen funn som tyder på at

livskvalitet nødvendigvis har noen innvirkning på antall reinnleggelser. Studien tyder på at

det er de faste avtalene og relasjonen mellom pasient og sykepleier som er utslagsgivende,

og ikke det spesifikke tiltaket som er årsaken til at antall reinnleggelser ble redusert.

Nøkkelord: Hjertesvikt, livskvalitet, hjemmesykepleie, hjemme boende og sykepleiers rolle.

Abstract:

Background: Heart failure has become one of the most common chronic diseases worldwide. The clinical course will be characterized by exacerbations requiring extra help or hospitalization. A nurse's role is to gain knowledge of how disease can affect humans and the impact disease has on quality of life. *Purpose:* The purpose of literature study was to examine how we nurses can help patients with chronic heart failure can achieve a better quality of life, or reduce the number reinnleggelse in hospitals. *Method:* Literature study consisting of 15 research articles, including 11 randomized controlled studies and four qualitative studies. *Results:* Nursing actions had varying degrees of effectiveness when it came to improving the quality of life, but helped in most studies a reduction in the number of reinnleggelse hospital in this patient group. Some research led both to increased life quality and reduction in the number reinnleggelse. *Conclusion:* There are no findings to suggest that quality of life necessarily have any impact on the number reinnleggelse. The study suggests that it is the permanent agreements and the relationship between patient and nurse is crucial, not the specific action that is the reason that the number reinnleggelse was reduced.

Keywords: Heart failure, quality of life, home, living at home and the nurses role

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2 Forekomst.....	6
1.3 Hensikt	7
1.4 Problemstillinger	7
1.5 Avgrensning av problemstilling.....	7
2.0 Teori	8
2.1 Hjertesvikt	8
2.2 Behandling	9
Legemiddel behandling	9
Kirurgisk behandling.....	9
Å lære seg å leve med sykdommen.....	9
2.3 Reinnleggelser.....	9
2.4 Livskvalitet.....	10
2.5 Sykepleieperspektivet	12
Joyce Travelbee's sykepleieperspektiv	12
3.0 Metode	15
3.1 Inklusjonskriterier	15
3.2 Eksklusjonskriterier.....	15
3.3 Litteratursøk	16
3.4 Kvalitetsvurdering.....	18
3.5 Analyse av data	19
3.6 Forskningsetikk	21
4.0 Resultat	22
4.1 Hjemmebesøk av sykepleier	22
4.2 Telefonkontakt mellom pasient og sykepleier	24
4.3 Undervisning og veiledning til pasient	26
5.0 Diskusjon	28
5.1 Metodediskusjon	28
5.2 Resultatdiskusjon	30
Hvilken betydning har hjemmebesøk og telefonkontakt som tiltak?.....	30
Hva innebærer det at sykepleier gir helsefremmende undervisning?	35
Menneske til menneske kontakt	37
6.0 Konklusjon	39
7.0 Litteraturliste	40

Vedlegg

PICO - skjema

Tabell 2. Forfatter/ år/ land/tidsskrift

Tabell 3. Kvalitetsvurderinger over artiklene

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som fremtidige sykepleiere ønsket vi med vår litteraturstudie et tema med høy relevans til flere arbeidsområder innen sykepleie. Vi har som studenter utført sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt gjennom vår praksis i sykehjem, hjemmesykepleien, ved kirurgisk avdeling og medisinsk intensiv avdeling på sykehus og ønsket derfor mer kunnskap om dette temaet.

Det er mange områder man kan fokusere på i forbindelse med hjertesvikt og denne pasientgruppens situasjon. I denne litteraturstudien har vi valgt å fokusere på sykepleieperspektivet og hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe denne pasientgruppen. På verdensbasis har hjertesvikt blitt en av de mest utbredte kroniske lidelsene. Det kliniske løpet vil være preget av forverringer som krever ekstra hjelp eller sykehusinnleggelse. I etterkant av en reinnleggelse kan tilstanden bli stabilisert for en periode. Hjertesvikt vil påvirke alle aspekter av pasientenes liv og har en stor innvirkning på livskvalitet. Flere studier viser at pasienter med hjertesvikt har en dårligere livskvalitet enn befolkningen generelt (Rustøen et al. 2008) (Hougen og Gløboden 2004).

1.2 Forekomst

1-2 % av befolkningen i Norge lider av hjertesvikt, det vil si 100 000 mennesker.

Forekomsten øker med alderen, og 10 % av de som er fylt 74 år lider av dette. Denne pasientgruppen har også hyppige sykehusinnleggelser - opptil 1/3 av disse pasientene innlegges hvert år. Hjertesvikt er ikke bare et medisinsk problem for pasienten, men også for helsevesenet (Gullestad og Westheim 2009). Pasienter med kronisk hjertesvikt har i dag lengre levetid enn for 20 år siden grunnet et bedre behandlingstilbud. Et forlenget liv kan bety et liv med redusert livskvalitet og forverringer av symptomer som fører til reinnleggelser (Holst et al. 2008).

I følge Brandon et al. (2009) er dødeligheten i Amerika så høy som 50 % innen 5 år etter diagnostisering. Hyppige reinnleggelser på sykehus, redusert livskvalitet og nedsatt egenomsorg er felles for de fleste av disse pasientene.

1.3 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvordan vi med sykepleie kan bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan oppnå en bedre livskvalitet, eller redusere antall reinnleggelser på sykehus.

1.4 Problemstillinger

Hvilke sykepleietiltak kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?
Hvordan virker livskvaliteten inn på antall reinnleggelser hos denne pasientgruppen?

1.5 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å fokusere på pasienter som er hjemme boende, men som får hjelp av hjemmesykepleien for å kunne fungere i sitt hjem lengst mulig. Pasientene har fått diagnosen hjertesvikt, tilhører NYHA- klassifisering II, III og IV og har vært innlagt på sykehus. Vi har valgt og ikke legge mye vekt på hvert enkelt medikament og deres funksjon i denne studien. Vi har i hovedsak valgt å fokusere på sykepleieperspektivet og hvilke tiltak sykepleier kan iverksette.

2.0 Teori

2.1 Hjertesvikt

Ved hjertesvikt greier ikke hjertet å pumpe ut nok blod med oksygen og næringsstoffer til kroppens celler. Det vil si at etterspørselen er større enn tilbudet. Den nedsatte blodstrømmen vil føre til at hjertet ikke greier å ta unna blodet slik at det oppstår en stuvning av veneblod som forplanter seg til kapillærene og forårsaker væskestrøm gjennom kapillærveggen. I verste fall kan dette føre til at ekstracellulærvæske lekker ut i alveolene og gir lungeødem. De vanligste årsakene til hjertesvikt er iskemiske hjertesykdommer som angina pectoris og hjerteinfarkt, klaffelidelser og høyt blodtrykk. Typiske symptomer ved kronisk hjertesvikt vil være redusert fysisk yteevne og ødemer i beina (Wyller 2005). Symptomer på hjertesvikt kan også være dyspne ved anstrengelse, og økt tretthet. Pasienter med kronisk hjertesvikt vil etter hvert kunne lære å kjenne sine symptomer og ut i fra dette tilpasse sitt aktivitetsnivå. Hjertesvikt inndeles i 4 NYHA-klasser der klasse I ikke gir symptomer ved normal fysisk aktivitet, mens i klasse IV har pasienten symptomer som utmattelse og dyspne i hvile (Høybakk 2008) (Wyller 2005).

Med utgangspunkt i NYHA- klassifikasjon er det mulig å anslå en prognose for denne pasientgruppen. Klasse IV som er en alvorlig hjertesvikt vil ha en prognose på linje med kreftsykdommer. Det er hovedsakelig to dødsårsaker hos hjertesvikt pasienter, det vil være progredierende svikt eller hjerterytmeforstyrrelser. Ca 91 % av alle dødsfallene er kardiovaskulære. Moderne sviktbehandling gir redusert dødelighet og lindrer samtidig symptomene (Gullestad og Westheim 2009).

NYHA-klasse	Funksjonsnivå	Ett års dødelighet (med behandling)
I	Ingen symptomer på hjertesvikt ved vanlig fysisk aktivitet	Ca 5 %
II	Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet	Ca 10-15 %
III	Symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet	Ca 20-30 %
IV	Symptomer på hjertesvikt i hvile og økende symptomer ved all fysisk aktivitet	Ca 35-50 %

2.2 Behandling

Behandlingen av hjertesvikt må først og fremst rette seg mot den underliggende årsaken og kan bestå både av medisinsk og kirurgisk behandling. Det har også stor betydning hvordan pasienten lærer seg å leve med sykdommen.

Legemiddel behandling

Den medikamentelle behandlingen av kronisk hjertesvikt består av vanddrivende medikamenter, digitalispreparater, ACE-hemmere og betablokkere (Rustøen 2007). For resultatet av behandlingen er det viktig med god informasjon om legemiddelbehandlingen. Informasjonen må blant annet inneholde når på dagen legemidlet bør tas. For eksempel er det anbefalt at vanddrivende legemidler tas om morgenen og eventuelt på ettermiddagen (Høybakk 2008).

Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling kan innebære å skifte en klaff ved klaffefeil eller fjerning av hjertesekken dersom den hemmer pumpefunksjonen. Dersom årsaken er koronarsykdom kan PCI eller ACB- operasjon være aktuelt (Rustøen 2007). Ved alvorlig hjertesvikt, NYHA- funksjonsklasse IV kan hjertetransplantasjon være aktuelt. For noen pasienter med hjertesvikt er det å få lagt inn en pacemaker god behandling (Høybakk 2008).

Å lære seg å leve med sykdommen

For mange pasienter medfører det å leve med hjertesvikt forandringer i livsstil og daglige rutiner (Rustøen 2007). Informasjon til pasienter og pårørende bør danne et grunnlag for forståelse av sykdomsutviklingen og motvirkning av følelsen av hjelpeløshet. Den skal videre hjelpe pasienten til å velge en livsstil som kan redusere risikoen for tilbakefall eller videreutvikling av hjertesykdom. Det er viktig at all informasjon som blir gitt pasienter og pårørende blir oppfattet og forstått (Høybakk 2008).

2.3 Reinnleggelser

Somatiske sykehus har et stadig større krav om effektivisering og økt pasientbehandling. For å utnytte sengekapasiteten fullt ut reduseres antall liggetid per pasient for at sykehusene skal kunne behandle flere pasienter. Utskrivning av pasienter før de er ferdigbehandlet kan resultere i uforutsette komplikasjoner og reinnleggelser. En reinnleggelse regnes som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivelse. Antall

reinnleggelser har de siste årene hatt en tendens til å øke samtidig som gjennomsnittlig liggetid reduseres (Pedersen 2007).

Reinnleggelser kan være et resultat av behandlingen pasienten har fått på sykehus, men kan også skyldes forholdene pasienten møter etter utskrivning. Uavhengig av forholdene før og etter utskrivning kan den medisinske tilstanden til pasienten skyldes reinnleggelser. Reinnleggelser kan også være et uttrykk for god behandlings tilgjengelighet for pasientgrupper med spesielle behov. Antall reinnleggelser kan dermed ikke brukes som en indikator på kvaliteten på den behandlingen pasienten har mottatt (Pedersen 2007). Sannsynligheten for reinnleggelse viser seg å øke med alderen til pasienten. Menn har en høyere sannsynlighet for reinnleggelse enn kvinner og pasienter utskrevet til andre institusjoner (sykehjem, annet sykehus eller psykiatrisk institusjon) har en høyere tendens til reinnleggelse enn pasienter som blir utskrevet til hjemmet. Tidligere studier har vist at bedre planlegging og samhandling mellom 1. og 2. linje tjenesten vil kunne redusere antall reinnleggelser av eldre pasienter (Pedersen 2007).

2.4 Livskvalitet

”Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv” (Næss 2001,10). Gode følelser kan være glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger kan være tilfredshet med eget liv, selvrespekt, og opplevelse av mening med tilværelsen (Næss 2001).

Begrepet livskvalitet kan virke lite konkret og kan være vanskelig å definere. Uavhengig av definisjoner handler det om menneskets egen opplevelse av sin tilværelse, det handler om flere sider av livet og det har betydning hvilke verdier, mål og forventninger mennesket har (Ulvik 2001). Mennesker med kronisk sykdom kan ha reduserte muligheter til å utføre dagligdagse gjøremål og oppgaver som var viktige for personen før han ble syk. For livskvalitet kan helse og funksjonsnivå være viktig, men ikke en betingelse for god livskvalitet eller en meningsfull tilværelse (Ulvik 2001).

Livskvalitet kan i helsefaglig sammenheng relateres til tre perspektiver som gjensidig kan påvirke hverandre i forhold til det å leve med kronisk sykdom:

- Globalt fokusert livskvalitet: Livet som helhet knyttet til menneskets tilfredshet og velvære.
- Helsefokusert livskvalitet: Menneskets opplevelse av generelle helseforhold, både fysisk, psykisk og sosialt.
- Symptom- og sykdomsfokusert livskvalitet: Menneskets opplevelse av sykdomstegn, sykdomsutvikling og problemer relatert til det å leve med sykdom (Rustøen 2007).

Kunnskap og bevissthet om begrepene helse og livskvalitet er viktig for at helsepersonell skal kunne lytte til og forstå pasientens behov på bakgrunn av hans egen erfaring. En slik innsikt kan også ha betydning for politikere som skal ivareta pasienters behov med helsepolitiske tiltak (Ulvik 2001).

I følge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2002 har pasienter med hjertesvikt en betydelig dårligere livskvalitet innenfor alle områder av livet (Hougen og Gløbøden 2004). En undersøkelse utført ved Ullevål universitetssykehus som Rustøen (2007) henviser til, viste at kortpustethet, problemer knyttet til å gå i trapper, det å måtte ligge på sykehus, og det å være trett og slapp var de største hindrene for god livskvalitet. De områdene med minst hinder var de økonomiske forholdene som kan skyldes at det norske helse- og trygdesystemet gir en trygg økonomi også ved arbeidsuførhet. Funnene viste at livskvaliteten varierte med alvorlighetsgraden av hjertesvikten. Jo lavere NYHA- klasse, jo bedre livskvalitet målt med ”Minnesota Living with Heart Failure”. Forskerne bemerket at tross en lavere livskvalitet en normal befolkningen, ga pasientene uttrykk for at de var tilfreds med livene sine selv om nesten 90 % sa de ikke hadde god helse. Denne tilfredsheten kan bety at det som gjør livet godt å leve er andre ting enn god fysisk funksjon og det å ha god helse (Rustøen 2007).

I følge Rustøen (2007) kan sykepleieintervensjonen til pasienter med hjertesvikt bestå av symptom lindring, omsorg og undervisning med et mål om å sette pasienten i stand til å ta vare på seg selv. Pasientundervisning er viktig for å bedre pasientens livskvalitet, redusere symptomer og antall reinnleggelser (Ulvik 2001).

Kartleggingsskjemaet ”Minnesota Living with Heart Failure” er benyttet i mange av undersøkelsene i våre artikler. Skjemaet inneholder 21 spørsmål som kartlegger pasientens oppfatning av det å leve med hjertesvikt. Pasientene svarer på en skala fra ”nei” (0) til ”i høy grad” (5) ut ifra hvordan det å leve med hjertesvikt påvirker ulike områder i livet. Den

totale skåren etter summering blir fra 0 til 105, livskvaliteten oppfattes bedre til lavere skåre (Rustøen 2007).

2.5 Sykepleieperspektivet

En sykepleiers rolle er blant annet å ha kunnskap om hvordan sykdom kan innvirke på mennesket og hvilken betydning sykdommen har på livskvalitet, velvære, håp og mestring. En sentral del av sykepleieutøvelsen vil være å observere pasienter for å kunne danne grunnlag for sykepleiebehandlinger som for eksempel pleie, omsorg, behandling, lindring eller forebygging. En sykepleier har også ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter om problemer og eventuelle behov som kan oppstå ved sykdom (Mekki 2007). Det kan være en utfordring for sykepleiere å rette oppmerksomheten mot læring og mestring for at pasienten skal få en bedre livskvalitet og gjenvinne kontroll over eget liv (Rustøen 2006).

Å bevare den sykes hverdag mest mulig normalt må være et mål for sykepleien og derfor vil en god sykepleier bestrebe seg på å bli godt kjent med pasienten for å forstå hvilke behov vedkommende har. En god sykepleier vil derfor lytte, observere og ha evne til å tolke det som ikke blir sagt med ord (Mathisen 2007).

Joyce Travelbee's sykepleieperspektiv

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee fordi hun vektlegger relasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon og samhandling er i følge Travelbee sentral i utførelse av sykepleie. Sykepleie dreier seg alltid om mennesker. Mellom mennesker foregår en prosess med erfaringer og hendelser. Ved å betrakte sykepleie som en prosess understreker vi at sykepleie er dynamisk og flytende i situasjoner som alltid er under utvikling og tilblivelse.

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

I møte mellom sykepleier og pasient vil det oppstå en gjensidig påvirkning av hverandre som et resultat av samspillet mellom dem. Gjennom dette samspillet oppstår det endringer.

Hensikten med sykepleie er å få mottageren til å endre sine handlinger slik at høyest mulig nivå av helse kan opprettholdes (Travelbee 1999).

For sykepleieren er begrepet helse viktig fordi sykepleie dreier seg om: ”å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse eller til å opprettholde en best mulig helsetilstand” (Travelbee 1999, 31). Helse innebærer et objektivt og et subjektivt aspekt. Subjektiv helse er enkeltmenneskets opplevelse og vurdering av sin fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand. Det er personen selv som definerer hvordan han opplever sin helse tilstand. Objektiv helse innebærer at menneske har ”fravær av påviselig sykdom funksjonssvikt eller mangler, målt ved fysiske undersøkelser, laboratorieprøver” (Travelbee 1999, 32). Det psykiske og åndelige helse aspektet blir vurdert i forhold til det som samfunnet anser som normal. Den objektive helsevurderingen gjøres av leger, psykiatere, prester eller andre religiøse ledere. For sykepleieren er det viktig å være oppmerksom på menneskets opplevelse av sin helsetilstand, ikke bare de objektive vurderingene av sykdom eller helse. Det er viktig for sykepleier å vite at enkelte mennesker ”har evne til å merke sykdomsprosesser eller endringer i kroppen lenge før patologiske endringer viser seg i laboratorieprøver” (Travelbee 1999, 32).

For sykepleiere dreier helsefremmende undervisning om å hjelpe mennesker, enkeltindivider eller familier, til ”å forebygge sykdom eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse” (Travelbee 1999, 34). Helsefremmende undervisning innebærer ikke bare å gi nødvendig informasjon, men å bistå enkelt menneske til å finne mening i sykdom og helse bevarende tiltak. Sykepleier kan ved å være et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske for den syke danne en tilknytning som kan hjelpe han fra fortvilelse (Travelbee 1999).

I alle møter mellom mennesker foregår det kommunikasjon, ikke bare gjennom samtaler og taushet, men også gjennom utseende, gjennom adferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Sykepleier må benytte all kommunikasjon med pasienten til å bli kjent med han som menneske og etablere et menneske-til-menneske forhold. I denne kommunikasjonsprosessen er sykepleiers adferd, og graden av hensiktsmessighet for den syke, avgjørende for om mål og hensikt for sykepleie kan oppnås. Et menneske-til-menneske forhold refererer i sykepleie til erfaringer mellom sykepleier og pasient eller andre som har behov for sykepleiers tjenester. Erfaringene kjennetegnes ved at det er

menneskets behov for sykepleie som blir ivaretatt av sykepleier som benytter en ”intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv” (Travelbee 1999, 136). Dette forholdet etableres og opprettholdes målbevisst av sykepleier. Forholdet kjennetegnes ved at partene ikke forholder seg til hverandre som ”sykepleier” og ”pasient”, men at de forholder seg til hverandre som unike mennesker. I en sykepleie situasjon er det menneske-til-menneske-forholdet som er virkemiddelet som gjør det mulig å nå sykepleierens mål og hensikt (Travelbee 1999).

3.0 Metode

Hensikten med denne litteraturstudien er å få en oversikt over forskningsresultat som beskriver hva som kan gjøres for å bedre livskvaliteten og redusere reinnleggelser på sykehus av pasienter med kronisk hjertesvikt. En litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengstrøm (2008) det som kommer frem av et tydelig formulert spørsmål og som blir besvart på en systematisk måte ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. For å kunne samle inn data til studien må vi bruke en metode som redskap. Metode er en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2007). Kjernespørsmålet på vår problemstilling var hva vi kan gjøre for å forebygge eller behandle problemet? Ved hjelp av Nortvedt et al. (2007) fant vi ut at for å finne effekt av tiltak var randomisert kontrollerte forsøk beste studiedesign eller metode.

3.1 Inklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier var pasienter med hjertesvikt. Artikkene var fra de siste fem årene fra søket ble startet og skulle være i full tekst. Vi så hovedsakelig etter randomiserte artikler som viste effekten av et tiltak, men ville også ta med noen få kvalitative for å få med pasientenes opplevelse, erfaringer og holdninger. Det var viktig at artikkene belyste temaene livskvalitet eller sykepleietiltak som kunne hjelpe denne pasientgruppen. Alle artikkene omhandler pasienter som er hjemme boende.

3.2 Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte review artikler, og kvasieksperimentelle artikler, med unntak av en som hadde myntkast som randomiseringsprosedyre, og som var relevant for vår oppgave. En artikkel med stort frafall i intervensjonsgruppen ble også ekskludert. Analyser av tidligere større studier og tverrsnittundersøkelse ble også ekskludert. Artikler som omhandlet pasienter på sykehjem eller sykehus ble ekskludert. Vi valgte og ikke inkludere artikler som vi måtte bestille, men kun benytte oss av de vi fikk lest og skrevet ut med en gang.

3.3 Litteratursøk

For å samle inn forskningsartikler søkte vi hovedsakelig på databasene Ovid Medliner og Science Direct. Ovid Medliner omhandler mange viktige medisinske artikler og vi fikk en del treff. På det første søket prøvde vi setningen ”quality of life of individuals with heart failure” som vi håpet å få noen treff på. Det ble fire treff, derav to leste abstrakter, men ingen vi kunne bruke. Videre satte vi opp et PICO- skjema (population, intervention, comparison og outcome) med mange varianter av de forskjellige ordene vi ville bruke i søket og satte i gang. PICO er en måte å dele opp spørsmål på slik at de kan struktureres på en god måte (Nortvedt et al. 2009). Søkeordene ble utført på engelsk og skulle være i fulltekst. Ved de fleste søkeord ble det brukt trunkeringstegn for å få med alle varianter av ordet. Det første vi så etter var om artikkelen hadde et abstrakt. Det andre var om den var bygd opp etter IMRAD-formatet der vi får svar på hvorfor forfatterne gjør denne studien, hvordan studien blir gjennomført og analysert, hva de fant ut og hva de mener resultatet betyr.

Hjertesvikt eller kronisk hjertesvikt ble brukt på alle søk, mens ord som sykepleier, hjemmesykepleie, forebygging, tiltak og livskvalitet ble koblet sammen på mange av søkene i forskjellige varianter, også sammen med andre ord. Ved 7 forskjellige søk ble det 240 treff der 35 abstrakter ble lest. 10 av disse artiklene ble inkludert. Vi ville så prøve en annen søkemotor for å se om andre artikler dukket opp. Denne søkemotoren ga oss ikke samme mulighet til å variere i ord som Ovid men den var enklere å lese seg frem til relevante titler. Første søk ga 2082 artikler der de 300 første titler ble lest. Av disse ble tre abstrakter lest og en artikkel inkludert. Andre søket ga 4644 artikler, 1000 første titler ble lest, derav 7 abstrakter. Fem av disse artiklene ble så lest og inkludert. Neste søk ble foretatt på databasen Ovid. På dette søket ble 2 av ni artikler kvalitetsvurdert men ingen ble inkludert.

Vi systematiserte alle data for søk med dato, søkeord, antall treff, leste abstrakter og leste artikler på en oversiktstabell over litteratur søket. Med 18 artikler til kvalitetsvurdering mente vi at vi hadde nok. Det viste seg imidlertid at vi kunne godkjenne kun 9 av de 18 artiklene og måtte derfor fortsette med en ny søkerunde. Dette resulterte i 8 inkluderte artikler og 6 av disse ble godkjent. Hele søkeperioden pågikk i 7 måneder og endte opp med 15 godkjente artikler.

Tabell 1. Søkeord.

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
30.08.09. Quality of life of individuals with heart failure	Ovid	4	2		0	0
09.09.09. Heart failure\$ or heart disease\$ and cost of illness\$ or quality of life\$ and health knowledge, attitude, Practice	Ovid	21	3		0	0
16.09.09. Heart failure\$ or heart disease\$ and home\$, and nurse\$ or nursing\$ or community health nursing or home care service\$ or home health care and prevent\$ or prevention\$ and hospital\$ or adapt\$ or adaptation\$ and cop\$ or coping\$ and master\$	Ovid nursing database	29	4		2	1
24.11.09 Heart failure\$ or heart disease\$ or chronic heart failure\$ and nursing care or nursing home\$ or nursing intervention\$ and quality of life or patient satisfaction\$ and hospitalization or hospital admission\$	Ovid Medliner	36	10		3	0
03.12.09 Heart disease\$ or chronic heart failure\$ and home care service\$ or nurse\$ and adapt\$ or cop\$ and living at home\$ or nursing home\$ or activities of daily living	Science Direct via Ovid Medliner	74	12		2	2
03.01.10 Heart failure\$ or heart disease\$ and quality of life\$ or patient satisfaction\$ and master\$ or adapt\$ or cop\$	Ovid	69	3		2	1
04.01.10 Heart failure\$ or heart disease\$ and quality of life\$ or Nursing Homes or Nursing care or nursing outcomes or Activities of Daily Living or living at home\$ or Home Care Services and nursing	Science Direct via Ovid Medliner	7	1		1	1

intervention\$						
06.01.10 Heart failure or heart disease and nurse role or home care services	Science Direct	2082 første 300 titler lest	3		1	1
06.01.10 Heart Failure or heart disease or living with heart failure and nurse role or home care services or quality of life or education or coping	Science Direct	4644 første 1000 titler lest	7	Ovid	5	3
12.01.10 Quality of life and nurse\$ and heart failure and telephone	Ovid	9	3		2	0
18.02.10 Heart failure and quality of life and living at home	Science Direct	4675 første 800 titler lest	4		4	2
18.02.10 Heart failure and prevent hospitalization	Science Direct	566 første 200 titler lest	2		2	2
18.02.10 Heart failure, quality of life, qualitative study	Ovid	4	1		1	1
18.02.10 Heart failure, quality of life, patient\$, rehospital\$, prevent\$	Ovid	9	3		1	1

3.4 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere disse tok vi først to artikler sammen og videre fordelte vi og vurderte hver for oss. Vi brukte kunnskapsforlagets sjekklister som ble godt forklart i en bok av Norsk Sykepleieforbund (Nortvedt 2007), for kritisk vurdering av artiklene. Denne ga oss en god hjelp i arbeidet av søk og kvalitetsvurdering. Siden vi i hovedsak ville undersøke effekt av tiltak ble en sjekkliste for en randomisert kontrollert studie den mest velegnede design for å vurdere artiklene. Det var også hovedvekt på randomiserte artikler som dukket opp i vårt søk. Vi valgte allikevel å ta med noen få kvalitative artikler for å finne litt om erfaringer og holdninger. Alle artikler som er tatt med er referee vurdert i forhold til databasen Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

For å kvalitetsvurdere artiklene måtte følgende forhold vurderes:

- ✓ Kan vi stole på resultatene?
- ✓ Hva forteller resultatene?
- ✓ Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Ved å svare på 11 spørsmål i en randomisert sjekkliste og 10 spørsmål i en kvalitativ sjekkliste vurderte vi artiklene til god, middels eller dårlig. Med alle eller nesten alle kriterier oppfylt ble den vurdert som god. Middels ble gitt om kriteriene ikke var tilfredsstillende beskrevet eller oppfylt i flere av spørsmålene, men at det likevel var liten sjanse for at svakhetene kunne ha endret studiens konklusjon. Dårlig ble brukt hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten var oppfylt eller ikke var tilfredsstillende beskrevet. God og middels kvalitet ble med videre i studien, mens dårlig kvalitet ble forkastet. Av 26 kritisk vurderte artikler satt vi til slutt igjen med 15 som ble brukt i studien. Disse ble ført opp i en oversiktstabell med informasjon om blant annet forfatter, tittel på artikkel, hensikt og hovedfunn. Der ble også kvalitet, metode og antall deltagere tatt med. Selv om randomiserte sjekklister ikke spurte om etisk vurdering tok vi det med som et ekstra punkt under kvalitetsvurderingene fordi vi mener det er viktig å vite om undersøkelsen var godkjent av en etisk komité.

Tabell 2. Forfatter/ år/ land/tidsskrift. Vedlegg

Tabell 3. Kvalitetsvurderinger over artiklene. Vedlegg

3.5 Analyse av data

Dalland (2007) sier at analyse er et granskingsarbeid der det er meningen at vi skal finne ut hva materialet har å fortelle oss. Fremgangsmåten må beskrives, og vi må finne ut hvor godt materialet belyser vår problemstilling.

Etter å ha samlet sammen og godkjent 15 artikler skrev vi opp alle tiltak som ble gjort i artiklene for å få en oversikt over materialet vi hadde fått inn. Det var hele tiden viktig at stoffet var relevant for vår problemstilling. Det var også viktig at vi på forhånd ikke hadde noen favorisering eller egne meninger om løsning på problemstillingene fordi det kunne virke inn på resultatet. Vi ville i hovedsak legge vekt på de randomiserte artiklene fordi disse kan gi svar på hva vi kan gjøre for å forebygge eller behandle problemet og det kan gi svar på våre problemstillinger. I følge Nortvedt et al. (2007) er styrken ved en randomisert kontrollert studie at vi får to grupper som er så like som mulig, bortsett fra

tiltaket som blir gitt. Den forskjellen som eventuelt blir mellom gruppene kan da tilskrives tiltaket. Ved å ta med noen kvalitative artikler kan vi undersøke de menneskelige erfaringene, opplevelsene og holdninger.

Vi valgte å sette opp en oversikt over alle tiltak som ble gjort ved de randomiserte artiklene og undersøkelsene som ble gjort ved de kvalitative artiklene for å få en bedre oversikt over materialet vi hadde å arbeide med. Ved å finne de tiltakene og temaene som var representert i artiklene viste materialet oss at hjemmebesøk, undervisning og veiledning og telefonkontakt var gjennomgående tiltak som ble brukt, og vi mente disse var relevante for vår problemstilling. Vi valgte derfor å bruke disse videre i oppgaven. Som et arbeidsredskap for oss og en oversikt for leseren ble materialet satt opp i tabell 4 som forklarer hva hver enkelt artikkel omhandler. Artikkelnummer i tabell 4 henviser til rekkefølgen av artiklene i tabell 2 og 3.

Tabell 4: Oversikt over hovedtema og undertema som artiklene omhandler.

Artikkel nr:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Undervisning før utskrivning	X											X		X	
Hjemmebesøk															
-innen 7-14 dager	X	X	X											X	
-faste intervaller	X				X	X	X	X							
-fysisk undersøkelse			X		X		X								
-videre henvisning			X				X	X			X				
-samtale			X	X		X		X	X				X		X
Undervisning/veiledning															
-symptomer/vitale tegn	X						X			X	X				
-medisinbruk	X	X					X			X					
-kosthold	X	X								X	X				
-aktivitet	X	X	X		X	X		X							
-behandling		X	X								X				
-databruk										X					
-motivering			X			X									
Inspiratorisk muskeltrening					X										
Telefonkontakt															
-fra sykepleiere			X		X		X			X	X	X			
-til sykepleiere	X										X	X			
-undervisning			X								X	X			
-intervju										X	X				X
Måle grad av hjertesvikt		X						X							
Treningsprogram								X							

Kartlegging															
-risikofaktorer			X				X							X	
-kunnskap om tilstand			X												
-psykisk helse		X		X				X						X	
-livskvalitet		X		X	X	X	X	X		X		X		X	
-medisinbruk			X							X	X			X	
-kunnskap om behandling			X												
-symptom				X					X					X	
-etterlevelse av behandling				X		X			X					X	
-loggføring av pasient				X			X			X				X	X
-funksjonell status											X				
-tilfredshet av tiltak											X	X			
NYHA			X		X	X	X	X	X		X	X		X	X

3.6 Forskningsetikk

Målet med forskning er økt kunnskap. Kunnskap gir makt, og makt må behandles etter etiske prinsipper. Forskerne må respektere lovgivning, etiske overenskomster og følge moralske spilleregler både i forhold til sine respondenter og de empiriske data (Aadland 2006).

Av de 15 artiklene vi bruker i studien er det kun fem som er godkjent av en etisk komité. Studien av Kwok et al. (2008) er godkjent av Research Ethics Committee of the Chinese University of Hong Kong. Studien fra Brodie, Inoue og Shaw (2008) sin etiske godkjenning ble hentet fra et forskningsetisk utvalg, og alle prosedyrer var i samsvar med nasjonale og lokale retningslinjer, og Declaration of Helsinki. Ryan og Farelly (2009) fikk sin studie godkjent av Hospital Ethics Committee. Inglis et al. (2006) sin studie er godkjent av The institution's Ethics of Human Research Committee. Pattenden, Roberts og Lewin (2007) innhentet Ethical and Research Governance godkjenning for alle sentrene. Selv om det er ønskelig så er det ingen krav til litteraturstudien at artiklene skal være godkjent av en etisk komité.

4.0 Resultat

Våre funn viser seg at kontinuitet i oppfølgingen, informasjon og veiledning er viktige tiltak for at pasienten skal kunne få kunnskap om sykdommen sin og føle seg tryggere. Det som kommer frem i våre funn er at tiltakene forbedrer livskvaliteten hos noen og reduserer antallet dødelighet noe. Det som kommer merkbart frem er at reinnleggelser på sykehus er signifikant redusert og kostnader av sykehusopphold er også redusert.

4.1 Hjemmebesøk av sykepleier

Hjemmebesøk var et av tiltakene for å forebygge sykehus reinnleggelse, redusere antallet av disse og bedre den funksjonelle statusen og livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Hjemmebesøk ble foretatt innen 7-14 dager etter hjemkomst fra sykehus i fire av studiene, der det ble foretatt observasjoner, undersøkelser, veiledning og/eller intervju. Resultatet viste at pasientene var fornøyd med informasjon de fikk om sin sykdom under hjemmebesøk og dette førte til mindre bekymringer, forbedret livskvalitet, redusert reinnleggelser på sykehus og redusert dødelighet (Brotons et al. 2009). Ved oppstart av studien til Inglis et al. (2006) viste det seg at ved hjemmebesøk ble nær 40 % av pasientene påvist udiagnostisert tidlig forverring og en svekket evne til å gjenkjenne tegn på forverring. Det ble også oppdaget at 50 % av pasientene hadde redusert egenomsorg og feil medisinbruk. Det ble derfor satt inn hjelpetiltak for å bedre på dette i form av rådgivning, strategi for en bedre behandling og langsiktig hjelp fra apotek. Både ved Brotons et al. (2009) og Inglis et al. (2006) sine studier ble det foretatt fysiske undersøkelser på hjemmebesøkene, og Padula, Yeaw og Mistry (2009) sine studier var den eneste i denne litteraturstudien som omhandlet inspiratorisk muskeltrening.

Scott, Setter-Kline og Britton (2004), Dracup et al. (2007) og Moser, Doering og Chung (2005) sine studie skulle evaluere effekten av et sykepleietiltak som skulle undersøke pasientenes mentale helse og livskvalitet. Pasientene fikk hjemmebesøk og tiltaket var å måle graden av hjertesvikt og pasientens prestasjoner. Denne inneholdt komponenter om generell rådgivning, prognose, anbefalinger om aktivitet og kosthold, medisinbruk og betydning av behandling eller pleieplan. Pasienten fikk så utviklet en strategi for videre måloppnåelse. For å vurdere den psykiske tilstanden hos pasientene ble det brukt et spørreskjema. Svar som ble gitt av pasientene ga en vurdering av deres psykiske dimensjoner som angst, depresjon og tap av kontroll. For å vurdere livskvaliteten ved disse

tiltakene ble ulike kartleggingsskjema brukt. Resultatet av undersøkelsen var at livskvaliteten økte signifikant og psykisk helse bedret seg betraktelig for enkelte mens andre hadde mindre endring over tid. To av studiene brukte et treningsopplegg i tillegg.

Moser, Doering og Chung (2005) viser til at under intervju ved hjemmebesøk av pasienter som nettopp var utskrevet fra sykehus kom det frem at bare 34 % av pasientene tok alle medisiner som foreskrevet. Det viste seg også at 50 % av pasientene var engstelige og 69 % var deprimert. Livskvaliteten var betydelig redusert. Dette var en studie fra en storby og studien viser til at dette kan skyldes et resultat av redusert omsorg på grunn av at pasienten hadde stort antall helsepersonell å forholde seg til, og at pasientene var av ulik sosial og økonomisk bakgrunn. Det er derfor viktig å utvikle strategier som kan håndtere disse risikofaktorene og starte en tidlig oppfølging for å behandle dette.

I fem av studiene foregikk hjemmebesøk i faste intervaller som daglig, hver uke eller måned. I følge Kwok et al. (2008) var faste hjemmebesøk med rådgivning, veiledning og observasjoner effektive for å bevare uavhengighet og sannsynligvis også effektive til å redusere antallet av planlagte reinnleggelser på sykehus. Både Dracup et al. (2007) og Brodie, Inoue og Shaw (2008) hadde hjemmebesøk i forbindelse med et treningsopplegg. Besøkene fungerte som en observasjon og undersøkelse på hvordan fysisk aktivitet virket inn på pasientene. Ved Dracups et al. (2007) studie ble det gjort hjemmebesøk hver måned for å vurdere pasientens loggføring og bruk av et treningsprogram. Brody, Inoue og Shaw (2008) sin studie brukte intervju som et motiverende tiltak for et treningsprogram. Målet var å undersøke effekten av motiverende intervju tiltak sammenlignet med standard omsorg. Tiltaket besto av 1 times trening hver uke i åtte uker, og intervju som skulle gi anbefalinger og informasjon om fysisk aktivitet. Dette tiltaket oppmuntrer pasientene til å vurdere sin nåværende adferd og med dette utforske sine forhold til interesser, verdier og ambisjoner. Resultatet var at motiverende intervjutiltak viste større endringer i helserelatert livskvalitet enn tiltaket med vanlige standard omsorg. Tiltaket var effektivt ved at pasientene endret forståelse av å fremme fysisk aktivitet.

Under samtale mellom sykepleier og pasient kommer det frem i Ryan og Farelly (2009) sin undersøkelse at pasientene beskrev at de opplevde den konstante overvåkingen av pårørende som tap av egenvilje og personlig frihet. Pasientene i artiklene til Hodges (2009), Ryan og Farelly (2009), Rodriguez et al. (2008) og Pattenden, Robert og Lewin

(2007) tar opp opplevelsen av frustrasjon over ikke å kunne utføre dagligdagse gjøremål. Mange følte seg ubrukelige og som en byrde for andre. Pasientene beskrev en tilstand av håpløshet og fortvilelse som førte til en følelse av resignasjon og nederlag. Disse samtalene gir uttrykk for pasientenes forståelse og erfaring av det å leve med hjertesvikt. Det kom også frem at bare 2 av 25 pasienter sa at de hadde deltatt i diskusjoner om sin egen pleieplanlegging (Ryan og Farelly 2009).

4.2 Telefonkontakt mellom pasient og sykepleier

Telefonbaserte sykepleier administrerte program har tidligere vist seg å kunne utsette eller redusere antall reinnleggelser og redusere kostnader for helsevesenet i forhold til pasienter med hjertesvikt (Dunagan et al. 2005). I Dunagan et al. (2005) undersøkelse foretok spesialutdannede sykepleiere planlagte telefon samtaler til hjemme boende pasienter med hjertesvikt for å fremme pasientenes egenkontroll og etterlevelse av forskrevet behandling. Ved økning av symptomer eller ved spørsmål om sin sykdom eller behandling ble pasientene oppfordret til å kontakte sykepleier. Undersøkelsen viser forsinkelse det første halve året i antall reinleggleser og kostnader, men etter et år var disse forskjellene ikke signifikante. Intervensjonen hadde minimal innflytelse på funksjonell status og livskvalitet, og hadde ingen innvirkning på dødelighet.

Kombinasjonen telefon oppfølging og hjemmebesøk med undervisning og veiledning fra sykepleier har både Brotons et al. (2009) og Inglis et al. (2006) og Kwoks et al. (2006) benyttet i sine undersøkelser. Sykepleier kunne kontaktes per telefon ved symptomutvikling og spørsmål i forhold til sykdom og behandling. I tillegg bisto sykepleier pasientene med å kontakte andre offentlige instanser for å sikre et tilstrekkelig tjenestetilbud. Undersøkelsene har ulike utfall, men tiltakene viser en sannsynlighet for færre dødsfall og redusert antall reinnleggelser. Pasientene hadde bedre livskvalitet i forhold til det å leve med hjertesvikt etter et år og de bevarte mer selvstendighet. Funnene viser en høyere sannsynlighet for etterlevelse av farmakologisk behandling. En 6 minutters gang test viste imidlertid ingen forskjeller mellom gruppene. Kostnader som følge av sykehusopphold og legevakt var assosiert med økt kostnads effektivitet på lengre sikt, men de totale helse- og sosiale kostnader til pasientene viste ingen signifikante gruppeforskjeller.

Padula, Yeaw og Mistry (2009) benyttet også kombinasjonen telefon oppfølging og hjemmebesøk av sykepleier for veiledning og dokumentasjon av strategier på ytelse, erfaringer og behandlings oppnåelse. Pasientene førte i tillegg egne loggbøker.

Intervensjonen var inspiratorisk muskeltrening for pasienter med hjertesvikt. Utfallsmålene var maksimal inspiratorisk hastighet (PIF), oppfattelse av dyspné, yteevne og helserelevante livskvalitet. Etter tre måneder hadde intervensjonsgruppen en betydelig signifikant bedring i PIF, i oppfattelse av dyspné og i respirasjonsfrekvens. Fysisk yteevne og helserelevante livskvalitet viste ikke signifikante forskjeller. Flere pasienter fortalte at de unngikk telefoner og besøk hos lege fordi de ventet oppfølging med hjemmebesøk eller telefon.

Giordano et al. (2009) gjennomførte en telefonbasert undersøkelse der pasienter med hjertesvikt fikk en telemetri-enhet med mulighet for overføring av EKG hjemmefra før utskrivning. Undersøkelsen inneholdt telefoner fra sykepleier med standardiserte intervju i forhold til klinisk tilstand, foreskrevet behandling og veiledning i forhold til strategier for etterlevelse av behandling. Ved behov kunne EKG overføres til sykehus og bli vurdert av kardiolog. Sykepleier og lege var tilgjengelig 24 timer, 7 dager per uke. I løpet av et år gikk antall reinnleggelses og sykehuskostnader ned. Ingen signifikant forskjell på dødelighet ble funnet mellom gruppene.

Strømberg, Dalhstrøm og Fridlund (2006) benyttet i sin undersøkelse telefonintervju med standardiserte skjemaer fra sykepleier. Intervensjonen var pedagogisk dataundervisning til pasienter med hjertesvikt i tillegg til vanlig undervisning for å øke kunnskapsnivået om hjertesvikt. Utfallsmålene var kunnskap om hjertesvikt, etterlevelse av behandling, egenomsorg og livskvalitet. Funnene viser at pasientene hadde et signifikant høyere kunnskapsnivå etter 6 måneder, mens det var ingen signifikant forskjeller i forhold til etterlevelse av behandling, egenomsorg og livskvalitet. Rodriguez et al. (2008) benyttet også telefonintervju i sin kvalitative undersøkelse. Utfallsmålene var pasientenes kunnskapsnivå og personlige erfaringer av å leve med hjertesvikt og om forståelse av anbefalt behandling, prognose og beslutningsprosesser. Funnene viser at pasienter med hjertesvikt ønsker en bedre kommunikasjon med leger og annet helsepersonell. Pasientene ønsker ikke bare nødvendig opplysninger om sykdom, behandlingsalternativer og prognose, men også å bli motivert til å ta vanskelige avgjørelser i forhold til livsstil og å diskutere videre omsorgstiltak.

4.3 Undervisning og veiledning til pasient

Undervisning og veiledning var et tiltak som gikk igjen i ni av artiklene og var viktige som en rettesnor for pasientens nye livsstil og forståelse av sin sykdom. De temaene som sykepleier oftest underviste og veiledet pasienten om var kosthold, aktivitet, medisinbruk, og om hjertesvikt. Ved fire av studiene kom det frem at planlagte reinnleggelser på sykehus ble redusert, og livskvalitet ble signifikant bedret i tre av studiene.

Kwok et al. (2008) sin studie hadde som hensikt å evaluere effekt og kostnader av sykepleierrettede tiltak. Sykepleier veiledet i forhold til pasientenes forskrevne medisiner og oppmuntret de videre til å overholde anbefalt medisiner. Pasientene fikk også oppmuntring til å unngå fettrik og salt mat, og anbefalinger om regelmessig fysisk trening. Resultat var at totale kostnader av sykehusopphold og legevakt var signifikant lavere hos tiltaksgruppen. Endringer av funksjonell status var ikke forskjellig i gruppene.

Undervisning og veiledning om hjertesvikt, å tyde symptomer og livsstils vaner med de endringer som hjertesvikt kan medføre var tiltak i både Brotons et al. (2009) og Strømberg, Dalhstrøm og Fridlund (2006) sine studier. I følge Brotons et al. (2009) var pasientene i tiltaksgruppen mer fornøyd med informasjonen de fikk om sin sykdom enn kontrollgruppen. De hadde også en bedre oppfatning av helsearbeiderens bekymringer om deres sykdom. Strømberg, Dalhstrøm og Fridlund (2006) hadde i tillegg til informasjon fra sykepleier et computerbasert tiltak der pasientene fikk opplæring i å bruke et databasert CD-ROM program om hjertesvikt. Gjennom dette programmet hadde pasientene selv kontroll over flyten av informasjon og oppmerksomheten var fokusert gjennom synkronisert multimedia ved hjelp av tekst, bilder og tale. Programmet inneholdt også en selvtest om pasientens kunnskapsnivå. Det viste seg at tiltaksgruppen viste signifikant økning i kunnskap om sykdommen etter seks måneder, men det var ingen merkbare forskjeller eller endringer ved livskvalitet.

Artiklene til Pattenden, Roberts og Lewin (2007) og Ryan og Farelly (2009) hadde ulike funn i forhold til selvovervåking, som det å kontrollere væske og saltinntaket, veie seg og oppdage symptomer på veskeretensjon. Mange av pasientene i Pattenden, Roberts og Lewin (2007) hadde ikke forstått årsaken til sin hjertesvikt. De visste heller ikke hvordan de kunne hindre forverring av symptomer. I Ryan og Farelly (2009) sin undersøkelse hadde de fleste pasientene forstått at selvovervåking var sentralt for å opprettholde sin helse.

I Pattenden, Roberts og Lewin (2007) undersøkelse fortalte mange av pasientene at de hadde fått få konkrete råd om hvordan de kunne holde seg aktiv. Det var tydelig at noen hadde frivillig begrenset sitt aktivitetsnivå på grunn av frykt for at aktivitet ville forverre symptomene og føre til reinnleggelser. Mange mente at uforutsigbarheten av symptomer førte til hjelpeløshet og håpløshet. Flere følte seg ”knust” etter den minste anstrengelse og en mann på 69 år sa:

Jeg har vært trøtt og sliten i lang tid, det er verre nå enn det noen gang har vært. Jeg prøvde å gå til helsesenteret sist mandag. Det må ha tatt en time og femten minutter å komme hjem igjen. Det er vanligvis en 10 minutters gange. Det er oppoverbakke, og annethvert minutt måtte jeg stoppe for å få pusten tilbake (Pattenden, Roberts og Lewin 2007, 275).

5.0 Diskusjon

Drøfting er å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige vinkler. Drøfting vil også være en analyserende diskusjon som en har med seg selv. Diskusjonen blir så argumentert med empiri eller teori (Dalland 2007). Diskusjonen i en litteraturstudie blir delt opp i to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjonen skal diskutere litteraturstudiens fremgangsmåte og analyse, og drøfte styrke og svakheter ved søkestrategien.

5.1 Metodediskusjon

En systematisk litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengstrøm (2008) en studie som kommer frem av et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. I starten av prosessen ville vi ta med ordet mestring i forbindelse med livskvalitet. Vi mente at det var viktig for pasienten å mestre sin nye livssituasjon for å kunne få en god livskvalitet. Etter hvert som vi begynte å søke på artikler både med og uten ”mestring” i forskjellige varianter på engelsk fant vi ut at ordet ikke ble inkludert i noen av artiklene og bestemte oss for å utelate det i problemstillingen. Foruten hjertesvikt som var med i alle søk ble hjemmesykepleie og livskvalitet de viktigste elementer i vår søkestrategi i forhold til problemstillingen. I alle våre artikler er enten hensikten eller konklusjonen en bedre livskvalitet eller redusert planlagt reinnleggelse på sykehuset.

I forhold til vår problemstilling der vi skulle finne effekten av et tiltak var det i følge Nordtvedt et al. (2007) en randomisert kontrollert studie som var den beste studiedesign. Det var også randomiserte kontrollerte studier som i hovedsak dukket opp ved søkene våre, bortsett fra en god del review artikler som vi utelukket med en gang. Det dukket også opp noen få kvalitative artikler som vi valgte å ta med for å vinkle litt inn på erfaringer, holdninger og opplevelser hos denne pasientgruppen. Selv om vi fikk en god del artikler på søkerundene, var det mange av de samme som vi hadde fra før eller hadde utelukket tidligere som dukket opp gang på gang.

Før oppstarten av bachelor oppgaven fikk vi undervisning i database søk. Dette førte til at vi ble bedre kjent med enkelte databaser og noen var lettere å bruke enn andre. Vi startet søket i databasen Ovid og etter hvert ble vi satt over til Science Direct via Ovid for å få

fulltekst på enkelte artikler. Dette ga oss en ny mulig database som var enkel å søke på ved bruk av få ord. Disse to databasene ga oss totalt 26 artikler som ble kvalitetsvurdert. Vi foretok prøvesøk i de nordiske databasene SweMed og Norart uten å finne relevante artikler for vårt tema. Bibliotekar anbefalte oss videre å bruke søkeordene på engelsk, norsk svensk og dansk. Dette syntes vi krevde mer arbeid enn å søke på de engelskspråklige databasene og valgte derfor å utelukke SweMed og Norart.

Vi hadde håpet å finne noen norske forskningsartikler på området men det dukket ikke opp noe som vi kunne bruke. Det nærmeste vi kom var en fra Sverige, to fra Storbritannia og en fra Irland. Ellers var det sju fra USA, og en fra China, Australia, Spania og Italia. Det at de fleste artiklene var fra andre verdensdeler med annen kultur og levesett kan ha innvirkning på resultatet i studien vår i forhold til om vi hadde hatt norske artikler.

Etter å ha funnet 19 artikler begynte vi å kvalitetsvurdere artiklene, dette var en tidkrevende jobb og vi fant fort ut at noen ikke holdt mål, og disse ble ekskludert raskt, selv om de hadde mange gode tiltak. Siden alle artiklene var på engelsk tok det sin tid å lese dette fordi det ble så mange fremmede ord. Vi bestemte oss derfor tidlig for å oversette til norsk ved å bruke Google translate. Dette ga oss en lettere oversikt over innholdet, men samtidig mye arbeid for å forstå den dårlige oversettelsen. Det videre søket fortsatte kontinuerlig til vi hadde funnet det antallet artikler vi ville ha.

Ved analysedelen satte vi oss ned og fant alle tiltak og tema som ble omhandlet i artiklene og førte dem inn i en tabell. Dette ga oss en mengde materiale vi kunne velge mellom. De tiltak som ble omhandlet i flere artikler var hjemmebesøk, telefonkontakt, undervisning og veiledning. Disse tiltakene mente vi var relevante for oppgaven og tok de med videre i resultatdelen.

Det vi kommer frem til ved sluttspurten av oppgaven er at det er vanskelig å kombinere praksis, jobb og bachelor oppgave på samme tid, spesielt når man er to om oppgaven. I utgangspunktet skulle vi ha kommet i gang med oppgaven mye tidligere, spesielt med tanke på artikkelsøk og kvalitetsvurdering som tok mye tid og ble en langvarig prosess. I ettertid viste det seg at vi sannsynligvis hadde lagt for mye arbeid i den skriftlige delen av kvalitetsvurderingen da dette ikke nødvendigvis blir lagt så mye vekt på i denne typen oppgaver. Det viser seg allikevel at det var resultatdiskusjonen som ble den delen som

førte til mest frustrasjon på sluttspurten av oppgaven siden vi ikke helt forsto hvordan vi skulle legge an strategien. Etter veiledning og nye forsøk føler vi at vi har fått frem det vesentlige i studien og er fornøyd med resultatet.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal vi diskutere våre funn oppimot både problemstillinger, teori og relevant forskning. Alle undersøkelsene i vår studie blir sykepleieledet og tiltakene utført av sykepleier. Artiklene viser at sykepleier har et tett tverrfaglig samarbeid med lege, både kardiolog og pasientens fastlege, farmasøyt og sosionom.

Hvilken betydning har hjemmebesøk og telefonkontakt som tiltak?

Det vi kommer frem til i vår undersøkelse er at tiltak som hjemmebesøk og telefonkontakt sannsynligvis er effektive i å redusere antall innleggelser på sykehus. Dette kan vi begrunne med at alle våre artikler er basert på hjemmebesøk hos pasient der utfallet er reduksjon i antall reinnleggelser. Telefonkontakt var det tiltaket som ofte ble kombinert med hjemmebesøk. Tiltaket kunne være planlagte telefon samtaler fra sykepleier med faste intervaller. Pasienten ble også oppfordret til å kontakte sykepleier ved symptom økning eller spørsmål om sin sykdom eller behandling.

Våre funn viser noe varierende resultat av tiltaket med hensyn til bedring av livskvalitet. Vi kan derfor ikke påstå at hjemmebesøk og telefonkontakt bidrar til bedre livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt. Før vår undersøkelse hadde vi nok forventet at disse tiltakene ville vise seg å ha bedre effekt enn det våre funn viser.

En viktig del av sykepleieutøvelsen vil være å observere pasienten i sitt daglige miljø for å kunne danne grunnlag for den videre sykepleiebehandlingen som kan være for eksempel å gi omsorg, bistå foreskrevet behandling og gi informasjon og veiledning. Mathisen (2007) sier at det å bevare den sykes hverdag mest mulig normalt må være et mål for sykepleien. Både Mathisen(2007) og Mekki (2007) sier at det å observere pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen for å kunne danne grunnlag for sykepleiebehandlingen. Hjemmebesøk og telefonkontakt ble i vår undersøkelse foretatt i faste intervaller som hver dag, hver uke eller hver måned alt etter behov, og de fleste fikk besøk innen 14 dager etter utskrivelse fra sykehus. Det vi kommer frem til er at faste avtaler gir en trygghet for pasientene. I Padula, Yeaw og Mistry (2009) sin undersøkelse kom det frem at flere pasienter unnlot å gå til lege fordi de ventet et hjemmebesøk eller en telefonsamtale fra sykepleier. Ved

hjemmebesøk ble det foretatt fysiske undersøkelser med videre henvisning om nødvendig. Det ble også lagt opp til veiledning og undervisning om symptomer og vitale tegn, om medisinbruk, kosthold og aktivitet.

I studien til Ingliss et al. (2006) ble det avslørt at 40 % av pasientene ved oppstart av studien ble funnet å ha udiagnostisert tidlig klinisk forverring og ofte en svekket evne til å gjenkjenne tegn på forestående krise. Den viste også at 50 % av pasientene hadde dårlig egenomsorgsevne. Med en så høy statistikk kan det tyde på mangel av kunnskap eller manglende egenomsorg og etterlevelse av foreskrevet behandling. Det kan være mange grunner til dette. Årsaken kan være for lite eller ikke god nok informasjon fra helsepersonell eller nedsatt evne til å oppfatte denne informasjonen hos pasienten.

I en studie kommer det frem uttalelser fra pasientene som uttrykker deres usikkerhet om fremtiden. En pasient sa: ”Jeg lever fra dag til dag”. En annen sa: ”Ved å ha hjerteproblemer, er en alltid redd for at neste åndedrag skal være det siste” (Rodriguez et al. 2008, 262). Disse uttalelsene var til sykepleier i etterkant av å ha diskutert sin prognose med lege. Usikkerhet kan være en følge av for lite kunnskap eller informasjon om sin egen sykdom og den livssituasjonen pasienten har havnet i. Mishel (1988) sier at usikkerhet er en følelse som blir fremtredende i situasjoner vedkommende ikke har opplevd før, og der en kommer til kort med tidligere erfaringer. Han sier også at evnen til å forstå betydningen av sykdommen og den situasjonen han har havnet i blir nedsatt når en syk person føler usikkerhet som er relatert til egen sykdom og nye situasjoner i forbindelse med sykdommen. Dette vil videre kunne sperre for informasjon som kunne ha fjernet usikkerheten. En 80 år gammel mann sa han ble overrasket over anbefalingen om å legge fremtidsplaner:

For et år siden var jeg på sykehuset i tre uker, og ble fortalt av kardiologen at jeg skulle legge planer, som å søke om sykehjemsplass og skrive testamente. Jeg tror han var veldig bekymret for meg på det tidspunktet. Jeg var liksom sjokkert, viste ikke hva jeg skulle si. Etter tre uker kom jeg hjem fra sykehuset, og jeg var virkelig redd for å gjøre noe. Men så oppdaget jeg at jeg følte meg ganske bra, og jeg gikk mye (Rodriguez et al. 2008, 263).

Scott, Setter-Kline og Britton (2004), Dracup et al. (2007) og Moser, Doering og Chung (2005) ville undersøke pasientenes mentale helse og livskvalitet. Hjemmebesøket målte pasientens prestasjoner og grad av hjertesvikt. Et internasjonalt brukt spørreskjema for å måle livskvalitet er Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Resultatene av undersøkelsen viste at livskvalitet og psykisk helse økte betraktelig hos enkelte, men mindre hos andre. Denne gruppen fikk generell rådgivning, anbefalinger om kosthold, medisiner og aktivitet. Hva som gjør at noen bedrer livskvaliteten og andre ikke kan ha mange årsaker. Grad av hjertesvikt, informasjon og forståelse av denne, og hjelp og støtte av pårørende og sykepleier kan alle være viktige faktorer i denne sammenheng. Livskvaliteten viser seg å ha en sammenheng med alvorlighetsgraden av hjertesvikt. Pasientene kan være tilfreds med livet selv om de ikke har god helse. Denne tilfredsheten kan bety at det som gjør livet godt å leve er andre ting enn god fysisk funksjon og det å ha god helse (Rustøen 2007).

Typiske symptomer ved hjertesvikt vil være dyspné og tretthet, redusert fysisk yteevne og ødem i beina (Wyller 2005) (Høybakk 2008). Dette kommer også frem i studien av Pattenden, Roberts og Lewin (2007) som sier at disse symptomene har gjort livet svært vanskelig for mange av pasientene. Veiledning og undervisning av symptomer og vitale tegn ble foretatt i flere av artiklene. En pasient beskrev de fysiske begrensningene slik: ”Jeg går tregere og må ta det mer med ro”. En annen sa ” Det er en rekke ting jeg kunne tenke meg å gjøre rundt huset som jeg ikke kan gjøre”. Og en annen beklaget: Jeg kan ikke løfte noe tungt. Jeg har prøvd. Det som skjer er at jeg blir lei.. Og det er det som gjør meg opprørt” (Rodriguez et al. 2008).

Både Hodges (2009), Ryan og Farelly (2009), Rodriguez et al.(2008) og Pattenden, Robert og Lewin (2007) tar opp opplevelsen av frustrasjon over ikke å kunne utføre dagligdagse gjøremål. Dette fører til at de føler seg ubrukelige og som en byrde for andre. Frustrasjon og håpløshet blir ofte resultat av den nye livssituasjonen de har havnet i. ”Jeg kunne ikke gjøre noe, absolutt ingenting. Kona fikk meg opp av sengen og kledde på meg”. Mange følte at de ble sett på som noen latsabber som ikke ville noen ting (Ryan og Farelly 2009, 227).

I følge Travelbee (1999) vil helsefremmende undervisning ikke bare inneholde nødvendig informasjon, men også å hjelpe enkeltmennesker til å finne mening i sykdom og

helsebevarende tiltak. Forståelse av egen sykdom kan hjelpe vedkommende til å forstå sykdomsutviklingen og være med å motvirke følelsen av hjelpeløshet. Depresjon, angst og forvirring er funn som går igjen i flere av studiene. Dette er typiske reaksjoner som er representative for denne pasientgruppen. Travelbee (1999) sier at ”enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn en hvilken som helst diagnose fra helsepersonell”. Det blir da viktig å plukke opp disse symptomene for å kunne hjelpe pasienten. Funn viser at depresjon og angst reduserer livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Pasienter med selvrapposert depresjon hadde i Hodges (2009) studie en betydelig dårligere følelse av livet som hensikt og betydelig mer vansker med å håndtere sine symptomer.

I en av studiene kom det frem at bare 34 % av pasientene som nettopp var utskrevet fra sykehus tok sine medisiner som foreskrevet (Moser et al.2005). Dette kan skyldes dårlig informasjon, eller for mye informasjon på en gang slik at pasientene ikke oppfatter alt. Videre viser våre funn at pasientene uttrykte en skepsis til at behandlingen besto av mange medikamenter (Rodriguez et al.2008) og en frykt for at enkelte medisiner kunne gjøre ”mer skade enn godt” (Pattenden, Roberts og Lewin 2007). Fra egen erfaring i hjemmesykepleie har vi erfart at pasienter ofte legger til side medikamenter som diuretika fordi disse fører til hyppige toalettbesøk. Ved Inglis et al. (2006) sin studie ble det oppdaget at hele 50 % av pasientene hadde feil medisinbruk, det ble derfor satt inn hjelpetiltak i form av rådgivning, bedre behandling og hjelp fra apotek. Bivirkninger av medikamenter viser seg i våre funn å være fremtredende for pasientene. Hypertensjon, gastrointestinale forstyrrelser (Pattenden, Roberts og Lewin 2007), munntørrehet, tretthet og impotens var de bivirkningene pasientene hyppigst snakket om (Rodriguez et al. 2008). En opprørt 75 år gammel pasient som hadde medikamentell relatert impotens, sa: ”Det virker som kardiologen kun skal se på hjertet. Hvis du har andre problemer, sier han: Gå til denne klinikken” (Rodriguez et al. 2008, 261).

Ut fra resultatene av disse funnene er det viktig med kontinuerlig oppfølging av pasienten. God informasjon og veiledning for å lindre symptom, eller henvisning til lege for å sikre god medikamentell behandling, kan være viktig for å unngå unødig sykehusinnleggelse. Oppfølging kan også være viktig da det viser seg at pasientene glemmer å ta sine medisiner. Det kommer frem fra intervju i Hodges (2009) studie der 5 % av pasientene selv sier at de ofte glemte å ta sine medisiner og 5 % sa at de av og til glemte dette. I slike

situasjoner kan det være greit at sykepleier stikker innom pasienten for å finne ut om medisinen er tatt, eller ta en telefon til vedkommende for å minne ham på dette.

Både Dracup et al. (2007) og Brodie, Inoue og Shaw (2008) hadde hjemmebesøk i forbindelse med et treningsopplegg. Besøkene fungerte som en observasjon og undersøkelse på hvordan fysisk aktivitet virket inn på pasientene. Tiltaket viste seg å være effektivt på den måten at pasientene forsto at aktivitet var viktig, men den viste ingen effekt på livskvalitet. Denne undersøkelsen viste altså ikke det resultatet vi hadde forventet oss. Som sykepleiere har vi lært at fysisk aktivitet er en hjelp for å komme i bedre form, få bedre overskudd og motvirke trøtthet. Vår kunnskap stemmer ikke med det som kommer frem i undersøkelsen av denne pasientgruppen. Pasientene i denne studien skulle selv loggføre sine treningsopplegg og vise disse til sykepleier, men i realiteten er det bare pasientene selv som vet om de har fulgt opp programmet. Den ene studien gikk over ett år og den andre over åtte uker. Med trening over et lengre tidsperspektiv kunne kanskje resultatet vært annerledes. En pasient i Rodriguez et al. (2008, 261) fortalte om følelsen av frustrasjon når fysisk aktivitet ble diskutert med kardiolog: ”Du vet, jeg kommer ikke til å legge meg ned å dø. Jeg gjør det jeg kan gjøre, og det jeg ikke kan gjøre lar jeg være”.

Flere funn i vår undersøkelse, deriblant Kwok et al. (2008) sin studie viser til at det blir gitt kostholdsveiledninger med råd om salt- og væske restriksjoner. Ved oppfølging av etterlevelse ved kosthold kom det frem varierende resultater. Studier viser til at pasientene følte at de ikke fikk nok informasjon angående livsstils endringer som blant annet gikk ut på kosthold. Det som kommer frem i undersøkelsen er at det generelt er for dårlig kostholdsetterlevelse. Hodges (2009) studie viser til at reinnleggelse på sykehus ofte ble relatert til blant annet dårlig etterlevelse av kostholdsanbefalinger. Det er derfor et stort forbedrings potensial for sykepleier å gi god informasjon og veiledning om kosthold, og videre se til at pasientene følger opp. Etter å ha fått diagnosen hjertesvikt er det viktig med informasjon som kan hjelpe vedkommende til å endre livsstil for å hindre eller forsinke den videre sykdomsutviklingen. I følge Høybakk (2008) er det aller viktigste for leveutsiktene ved hjertesvikt å slutte å røyke, da dette vil gi en stor helsegevinst. Dette kan være en utfordring for mange. Det er også viktig å ha et godt kosthold, da spesielt med tanke på kolesterol. Lavt saltinntak er av stor betydning for å holde blodtrykket nede.

Hva innebærer det at sykepleier gir helsefremmende undervisning?

I følge Travelbee (1999) har helsefremmende undervisning et mål om å forebygge sykdom eller å bidra til at pasienten mestrer det å leve med sykdom. For sykepleier er det viktig å vite at det er ingen enkel oppgave å legge om vaner som er opparbeidet igjennom et langt liv. Ved å bidra til at pasienten opplever iverksatte helsefremmende tiltak som meningsfulle kan man si at hensikten med undervisningen er oppnådd (Travelbee 1999).

Tveiten (2008) sier at det for sykepleier kan være kompleks å undervise og veilede et sykt menneske. I tillegg til undervisning og veiledning har sykepleier ansvaret for andre sykepleiefunksjoner som kan påvirke de vurderingene og valgene hun gjør.

I undersøkelsen til Strømberg, Dalhstrøm og Fridlund (2006) viste det seg at pasientene var fornøyd med opplæring de fikk av egen sykdom og at resultatet viste en signifikant bedring av denne kunnskapen i tiltaksgruppen.

I Strømberg, Dalhstrøm og Fridlund (2006) gjennomførte pasientene en time databasert CD-ROM program om hjertesvikt som førte til et økt kunnskapsnivå. Økt kunnskap førte i denne undersøkelsen ikke til endringer i livskvaliteten hos pasientene. Dette er et gjennomgående funn i flere av våre artikler at økt mengde undervisning og veiledning ikke nødvendigvis fører til økt etterlevelse av egenomsorg og forskrevet behandling, eller fører til økt livskvalitet.

Undersøkelsen til Pattenden, Roberts og Lewin (2007) viser at pasientene ikke alltid forstår den informasjonen de mottar eller hvordan de skal benytte den informasjonen de får til for eksempel å hindre forverring av symptomer. Det er derfor viktig å forsikre seg om at den informasjonen en gir som sykepleier er mottatt og forstått av pasienten (Høybakk 2008). Disse funnene er sammenfallende med vår erfaring av reinnlagte pasienter med hjertesvikt på sykehuset. Vi opplevde at denne pasientgruppen hadde et stort informasjonsbehov, og et stort behov for bekreftelse på at det de hadde oppfattet var riktig. Funnene i vår undersøkelse tyder på at pasienter med hjertesvikt er en gruppe som krever gjentagende undervisning og veiledning. I følge Ryan og Farelly (2009, 226) følte pasientene seg ”tom” både fysisk og mentalt. En pasient sa; ”Ingenting kommer inn, jeg er fullstendig tom både i kropp og hode.” Denne følelsen av tomhet kan være en av årsakene til at denne pasientgruppen har behov for gjentagelse av informasjon.

Mennesker med kronisk hjertesvikt vil aldri komme til å bli friske, og må derfor lære seg å leve med sin sykdom. De største problemene er ofte holdninger og følelser knyttet til sykdommen relatert til konsekvensene den kan få for pasienten selv og hans familie (Travelbee 1999). Som en 53 år gammel pasient sa når temaet fremtidig pleie ble tatt opp: ”Akkurat nå er det å ta vare på min familie første prioritet” (Rodrigues et al. 2008, 263). I følge Eide og Eide (2007) vil sykdom hos pasienten alltid påvirke forholdet til familien. Det at pasienten setter de nærmeste fremfor seg selv kan være en av årsakene til at blant annet den sykdomsrelaterte informasjonen ikke blir oppfattet. Det er derfor viktig for sykepleier å vurdere pasienten og den situasjonen han er i for å kunne oppnå hensikten med undervisningen og veiledningen. Vurderingen bygges på et helhetssyn på menneske og sykepleie som gir sykepleieren muligheten til å se og vurdere pasientens behov (Tveiten 2008). Støtte både til pasient og de nærmeste fra sykepleier kan være avgjørende for hvordan de sammen vil mestre den nye livssituasjonen (Eide og Eide 2007).

Sykdom er en naturlig og vanlig erfaring i menneskers liv. Sykepleier må ha tro på at det alltid kan gjøres noe, uansett alvorlighetsgrad av sykdom, og at hun kan bistå pasienten i å finne mening i situasjoner som oppleves som meningsløse. Det er viktig at pasienten får sette ord på hvordan han oppfatter sin sykdom slik at sykepleier kan bistå pasienten til å finne mening med sykdom og mestre erfaringen med det å leve med sykdom (Travelbee 1999). I Rodrigues et al. (2008) sa pasientene at de hadde behov for å føle at sykepleierne lyttet til dem og gjorde alt de kunne for å hjelpe dem med deres sykdom og bekymringer. I følge Eide og Eide (2007) vil det at noen lytter og lever seg inn i hva en føler og tenker føles godt, styrke selvfølelsen og kunne bidra til å dekke behovet for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Pasientene i Brotons et al. (2009) sin undersøkelse var fornøyd med den informasjonen de hadde mottatt. Det viste seg også at disse pasientene følte at sykepleierne hadde medfølelse med dem.

Travelbee (1999) sier at ved å danne en tilknytning til pasienten, ved å formidle til pasienten at han blir forstått og ikke er alene kan bidra til at pasienten mestrer sin sykdom. I følge Eide og Eide (2007) bidrar god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling til at situasjonen kan bli mer forståelig, forutsigbar og meningsfull for pasienten. I tillegg vil god kommunikasjon kunne hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner som kan føre til at han mestrer sykdommen bedre. Travelbee (1999) mener at meningsfylt kommunikasjon ikke kan foregå dersom den ene parten ikke oppfatter den

andre som et unikt menneskelig individ. Tilknytningen mellom sykepleier og pasient, sammen med informasjon og veiledning kan være en årsak som førte til en følelse av mestring hos pasientene i vår undersøkelse. Følelsen av mestring kan ha vært utslagsgivende i reduseringen av antall sykehusinnleggelseser.

Menneske til menneske kontakt

De fleste av våre artikler viste ikke merkbare endringer ved livskvalitet, men de viste signifikante endringer ved antall reinnleggelseser på sykehus. Det må derfor være andre faktorer enn selve tiltakene som spilte inn på resultatet.

Ved å ha fast oppfølging av hjemmesykepleier eller telefonkontakt med sykepleier, vil pasienten ha en kontinuerlig kontakt som vil kunne føre til en god relasjon mellom to mennesker. Hauge (2008) sier at nære og fortrolige relasjoner til spesielle sykepleiere kan være avgjørende for trivsel hos pasienten. Reduksjonen i antall reinnleggelseser på sykehus kan skyldes den relasjonen som oppstår mellom pasient og sykepleier. I følge Travelbee (1999) er det i en sykepleie situasjon menneske til menneske forholdet som er virkemiddelet som gjør det mulig å nå sykepleierens mål og hensikt. Selv om målet av selve tiltakene ikke viste ønsket resultat som i de fleste av artiklene var en bedre livskvalitet hos pasienten, så tyder funnene på at pasientene hadde behov for regelmessig oppfølging. Våre funn tyder på at hjemmebesøk og telefonkontakt var tiltak som viste seg å gi følelsen av trygghet, omsorg og støtte. Fra vår praksis i hjemmesykepleien merket vi som studenter at det var den menneskelige kontakten som var viktigst for pasienten når vi kom hjem til han, ikke de tiltakene vi skulle utføre. Travelbee (1999) definerer denne kontakten som et menneske-til-menneske-forhold der erfaringene som oppstår mellom sykepleier og pasient fører til at pasienten får sine behov ivaretatt. Noen av våre artikler viste bedring av livskvaliteten både hos intervensjonsgruppen og tiltaksgruppen. Dette tolker vi som at det er omsorgen og den mellommenneskelige kontakten som gir resultat og ikke tiltakene.

Pasienten i Ryan og Farelly (2009) fortalte om kampen med sykehus systemet. De fortalte at det å ringe nødnummeret var alltid beskrevet som problematisk på grunn av deres tilbakevendende innleggelseser. Mange følte seg som ”svindlere og tidsrøvere”. Alle deltagerne i denne undersøkelsen snakket om manglende kontinuitet i akutt sykehus systemet som en betydelig kilde til frustrasjon. En pasient fortalte ”Det var tider da jeg

følte meg døende, og du vet når du er i den sinnstilstanden føler du deg helt fortapt.. Du er avhengig av hjelp fordi du ikke er frisk. Ingen kjenner deg og det er et faktum”. En annen pasient fortalte ” Hver gang jeg kommer på sykehuset forandrer de medisinene mine. De tar av meg noe og setter meg på noe annet. Det er alltid noen turnuskandidater som liker å forandre på medisinene” (Ryan og Farelly 2009, 228).

Det som kommer frem i våre funn er at antall reinnleggelser ble redusert i de fleste artiklene, uavhengig av hvilke tiltak som var iverksatt. I følge Hodges (2009) er reinnleggelser av pasienter med hjertesvikt ofte relatert til medisinske faktorer som hypertensjon og infeksjoner. Miljømessige faktorer som mangel på sosial støtte, og adferdsmessige faktorer som manglende etterlevelse av legemiddel behandling, kosthold og livsstils endringer, er andre faktorer som kan føre til reinnleggelser. For tidlig utskrivning og utilstrekkelig informasjon, undervisning og veiledning til pasienter og pårørende spiller også en betydelig rolle. Blant pasienter med hjertesvikt er det en høy reinnleggelse innen tre måneder etter første innleggelse. Risikofaktorer for reinnleggelser er iskemisk hjertesykdom, alvorlig sykdom, lavt blodtrykk og tidligere innleggelser for hjertesvikt. Pedersen (2007) sier at sannsynligheten for reinnleggelse viser seg å øke med alderen til pasienten. Reinnleggelser kan være et resultat av behandlingen pasienten har fått på sykehus, men kan også skyldes forholdene pasienten møter etter utskrivning. Det er viktig å være klar over at en reinnleggelse ikke behøver å bety at pasienten er blitt dårligere, men det kan også bety at pasienten får en bedre oppfølging. Funnene i vår undersøkelse er fra andre land, dette er også viktig å være klar over. Vi vet ikke hvilke definisjon landene benytter på en reinnleggelse. I Norge regnes en sykehusinnleggelse som reinnleggelse ved øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivelse. Vi må være klar over at vi ikke kan bruke antall reinnleggelser som en indikator på kvaliteten på den behandlingen pasienten har mottatt (Pedersen 2007).

6.0 Konklusjon

Våre funn viser at de tiltakene som ble satt i gang hos hjemme boende pasienter med hjertesvikt ikke ga noen signifikant endring av livskvalitet over tid. Det som kommer frem er at livskvaliteten bedret seg hos enkelte, hos noen ga den mindre endringer, men hos de fleste var det ingen endring av livskvaliteten. Funnene viser at vanlig omsorg gitt til kontrollgruppen ga økt livskvalitet hos enkelte på lik linje med intervensjonsgruppen. Det viste seg imidlertid at antall reinnleggelser på sykehus ble merkbart redusert ved de fleste undersøkelsene. Det er ingen funn som tyder på at livskvalitet nødvendigvis har noen innvirkning på antall reinnleggelser.

Studien viser at faste avtaler, og visshet om at sykepleier regelmessig kom på hjemmebesøk eller ringte, og god informasjon og veiledning førte til trygghet hos pasienten. Våre funn kan tyde på at det er de faste avtalene og relasjonen mellom pasient og sykepleier som er utslagsgivende, og ikke det spesifikke tiltaket som er årsaken til at antall reinnleggelser ble redusert. Det er viktig å være klar over at reinnleggelser ikke nødvendigvis er en konsekvens av den behandlingen pasienten har mottatt, men at det også kan være et uttrykk for god behandlings tilgjengelighet (Pedersen 2007).

For sykepleier er det viktig å være oppmerksom på pasientens etterlevelse av forskrevet behandling og eventuelle bivirkninger. God informasjon og veiledning for å lindre symptom, eller henvisning til lege for å sikre god medikamentell behandling, kan være viktig for å unngå unødig sykehusinnleggelse.

Selv om våre funn viser at selve sykepleietiltakene som ble satt i gang ikke nødvendigvis ga bedret livskvalitet, anbefales det videre forskning på området fordi dette er en stor pasientgruppe med generelt redusert livskvalitet (Rustøen et al. 2008) (Hougen og Gløbøden 2004).

7.0 Litteraturliste

Brandon F. Amy, Jenny B. Schuessler, Kathy Jo Ellison og Ramona B. Lazenby. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Applied Nursing Research* 2009; 22: 1-7

Brodie, A. David, Allison Inoue and David G. Shaw. Motivational interviewing to change Quality of life for people with Chronic Heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 489-500

Brotons, Carlos, Carles Falces, Jose Alegre, Elena Ballarin, Jordi Casanovas, Teresa Cata, Mireia Martinez, Irene Moral et al. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study: *Rev Esp Cardiol* 2009; 62(4): 400-8 401

Dalland, O. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Dracup, Kathleen, Lorraine S. Evangelista, Michele A. Hamilton, Virginia Erikson, Antoine Hage, Jamie Moriguchi, Cheryl Canary et al. Effects of a home-based exercise program on clinical outcomes in heart failure. *American Heart Journal* .2007; 154(5): 877-883

Dunagan, Clayburne, Benjamin Littenberg, Gregory A. Ewald, Catherin A. Jones, Valerie Beckham Emery, Brian M. Waterman, Daniel C. Silverman et al. Randomized Trial of a Nurse-Administered, Telephone-Based Disease Management Program for Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2005; 11(5)

Eide, H. og Eide, T. 2007. *Kommunikasjoner i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, Cristina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 2.utg. Stockholm: Natur och kultur

Giordano A, S.Scalvani, E. Zanelli, U. Corra, G.L.Longobardi, V.A. Ricci, P. Baiardi og F.Glisenti. Multicenter randomised trial on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology* 2009; 131: 192-199

Gullestad L, Westheim A.2009. *Hjertesvikt – årsaker, diagnostikk og behandling*. 8.utgave, Oslo: AztraZeneca AS.

Hauge, S. 2008. Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2008

Hodges, Pamela. Factors Impacting Readmissions of Older Patient With Heart Failure. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2009; 32(1):33-43

Holst, Marie, Anna Strømberg, Maud Lindholm og Ronnie Willenheimer. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weight, symptoms, quality of life and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(17): 2318-2326

Hougen, H.C. og Gløboden, M.A. 2004. *Sammordnet levekårsundersøkelse 2002-tverrsnittundersøkelse: dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Avdeling for personstatistik/Seksjon for intervjuundersøkelse.

Høybakk J. 2008. Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I Knutstad, U. (red.) *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie*. 1.utgave. Oslo: Akribe

Inglis, C. Sally, Sue Pearson, Suzette Treen, Tamara Gallasch, John D. Horowitz og Simon Stewart. Extending the Horizon in Chronic Heart Failure.Effects of Multidisciplinary, Home-Based Intervention Relative to Usual Care. *Health Services and Outcomes Research* 2006; 114: 2466-2473

Kwok, Timothy, Jenny Lee, Jean Woo, Diana Lee og Sian Griffith .A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(1): 109-117

Mathisen, J. 2007. Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I Mekki, T.E. og Pedersen, S. (red). *Sykepleieboken 1*. 3.utg. Oslo: Akribe

Mekki T.E. 2007. Sykepleie som fag og yrke. I Mekki, T.E. og Pedersen, S. (red). *Sykepleieboken 1*. 3.utg. Oslo: Akribe

Mishel M.H.Uncertainty in illness. *Image the Journal of Nursing Scholarship* 1988; 20(4): 225-232

Moser, Debra K., Lynn V. Doering og Misook L.Chung. Volnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal* 2005;150: 984.e7-984.e13

Nortvedt,W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleie*. Oslo: Norsk sykepleieforbund

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 18.01.2010)

Næss, S. 2001. *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA. Rapport 3

Padula, A. Chyntia, Evelyn Yeaw og Saurabh Mistry. A home-based nurse-coached inspiratory muscle training intervention in heart failure. *Applied Nursing Research* 2009; 22(1): 18-25

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

Pedersen, S.Ø. 2007. *SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07: Reinnleggelser i perioden 2002-2006*,
http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Sektorrapport_somatikk_2006/Rapport%2003-07_Kap_5_Reinnleggelser_i_perioden_2002-2006.pdf (Lest 22.03.2010)

Rodriguez, Keri L., Cathleen J.Appelt, Galen E. Switzer, Ali F.Sonel og Robert M. Arnold. "They diagnosed bad heart": A qualitative exploration of patients knowledge about and experiences with heart failure. *Heart and lung* 2008; 37: 257-265

Rustøen, Tone, Audun Stubhaug, Ingrid Eidsmo, Arne Westheim, Steven M. Paul og Christine Miaskowski. Pain and Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36(5): 497-504

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

Ryan, Marie og Mary Farelly. Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 8: 223-231

Scott, D. Linda, Kay Setter- Kline og Agnes S.Britton. The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Applied Nursing Research* 2004; 17(4): 248-256

Strømberg, Anna, Ulf Dalhstrøm og Bengt Fridlund. Computer-basert undervisning for pasienter med kronisk hjertesvikt. En randomisert, kontrollert, multisenter trial av virkningene på kunnskap, samsvar og livskvalitet. *Patient Education and Counseling* 2006; 64: 128-135

Travelbee, J.1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

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

Ulvik, B. 2001. Livskvalitet, helse, stress og mestring. Håp og livskvalitet ved hjertesvikt.
Gjengedal, E. og Hanestad, R. B. (red) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*.
Oslo: J.W. Cappelen Forlag a.s

Westad, S. Sjøen, G. H.1998. *Kompendium i farmakologi*. Lillehammer: WestSjø

Wyller, V. B.2005. *Det friske og det syke mennesket*, Bind 1-6, Oslo: Akribes

Vedlegg: PICO - skjema

TEMA / HVA ER DET JEG ØNSKER Å VITE NOE (MER) OM:

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvordan vi med sykepleie kan bidra til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan oppnå en bedre livskvalitet eller redusere antall reinnleggelser på sykehus.

PROBLEMSTILLING:

Hvilke sykepleietiltak kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt?

Hvordan virker livskvaliteten inn på antall reinnleggelser hos denne pasientgruppen?

P	I	C	O
Heart failure	Knowledge	Hospital	Self care
Heart disease	Information	Hospital admission	Command
Chronic heart failure	Home care services		Manage
Living at home	Home nursing care		Quality of live
User	Community care		
	Prevent		
	Relation		

Tabell 2

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Kvalitet
Kwok Timothy, Lee, Woo, Lee and Griffith 2008 China Journal of Clinical Nursing 17(1)	A randomized controlled trial of a community nurse- supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure.	Evaluere kostnad og effekt av sykepleiestøttet sykehus program for å forebygge re-sykehus innleggelser.	Quantitative study Randomized controlled trials.	105/15	Sykepleiestøttet program reduserte ikke sjansen for re- sykehusinnleggelse etter 6 måneder, men reduserte planlagte innleggelser, og pasientens uavhengighet ble mer effektiv.	God
Scott, D. Linda, Setter -Kline and Britton 2004 USA Applied Nursing Research	The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure	Undersøke effekten av lærerike og støttende sykepleietiltak på mental helse og livskvalitet.	Randomized controlled trial	88/22	Sykepleietiltakene hadde en betydelig økning på QOL. Pasientene fikk en varig forbedring av psykiske plager som ga en større følelse av kontroll.	God
Inglis, C. Sally, Pearson, Treen, Gallasch, Horowitz and Stewart	Extending the Horizon in Chronic Heart Failure. Effects of Multidisciplinary, Home-Based Intervention Relative	Den langsiktige virkningen av behandlingsprogram av hjertesvikt pasienter over tid er ukjent.	Cohort study. Randomized controlled trials	297/6	Intervensjonsgruppe hadde økning i overlevelse, og mindre planlagte re- sykehusinnleggelser. Allikevel bør det undersøkes mer.	God

2006 Australia Health Services and Outcomes Research	to Usual Care					
Hodges, Pamela 2009 USA Critical Care Nursing Quarterly	Factors Impacting Readmissions of Older Patient With Heart Failure	Å undersøke individuelle oppfatninger av livets hensikt, helse relatert livskvalitet og sykehus reinnleggelser.	Qualitative and quantitative triangulation	41	Hovedfunn viste lav score på MHFQ i forhold til symptomforståelse. Resultatene viste sterk sammenheng mellom PIL score og MHFQ score. Psykososialt velvære var det tema som hyppigst ble identifisert.	Middels
Padula, A. Chyntia, Yeaw and Mistry 2009 USA Applied Nursing Research 22(1)	A home-based nurse-coached inspiratory muscle training intervention in heart failure	Hensikten med denne studien var å bestemme effekten av et 3- måneders sykepleier IMT(inspiratorisk muskeltrening) trenings program.	Randomized controlled trial	32	Det viste ingen statistisk signifikante forskjeller på fysisk og psykiske funksjoner, dyspne og pust i de forskjellige gruppene, men respirasjonsfrekvensen var høyere i IMT gruppen enn i PE gruppen.	God
Brodie, A. David, Allison and Shaw 2006 UK International Journal of Nursing Studies	Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial	Å undersøke om fysisk aktivitet vil forbedre livskvaliteten på 5 mnd i forhold til konvensjonell behandling.	Randomized controlled trial	92/32	Motiverende intervjueteknikk for å fremme fysisk aktivitet gir økt livskvalitet.	God

<p>Brotons Carlos, Falces, Alegre, Ballarin, Casanovas, Cata, Martinez "et al." 2008 Spain Rev esp cardiol</p>	<p>Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study</p>	<p>Å undersøke om hjemmebaserte tiltak reduserer dødelighet og re sykehusinnleggelser, og forbedrer livskvaliteten</p>	<p>Randomized Clinical Trial</p>	<p>283/1</p>	<p>Tiltakene med hjemme besøk av og tlf kontakt med sykepleier reduserte dødeligheten, antall re-innleggelser og forbedrer livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt.</p>	<p>God</p>
<p>Dracup Kathleen, Evangelista, Hamilton, Ericson, Hage, Moriguchi, Canary "et al." 2007 USA American Heart Journal</p>	<p>Effects of a home-based exercise program on clinical outcomes in heart failure</p>	<p>Å finne effekten av hjemmebaserte treningsopplegg</p>	<p>Randomized controlled trial Cohort study</p>	<p>173/2</p>	<p>Et hjemmebasert treningsprogram som inkluderte aerobic og styrketrening med skriftlig selvregistrering av fysisk aktivitet og skritteller førte til færre re- innleggelser hos pasienter med hjertesvikt.</p>	<p>God</p>
<p>Ryan, Marie and Farrelly, Mary 2009 Ireland European journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure</p>	<p>Beskrive pasient erfaringer med å leve med avansert hjertesvikt i NYHA klasse III eller IV. Studien kan føre til økt kunnskap hos sykepleiere som skal hjelpe pasienter til å takle sin kroniske sykdom.</p>	<p>Qualitative study Phenomenological study</p>	<p>9/0</p>	<p>Helsevesenet trenger en holdningsendring for å kunne bruke flere eller alternative behandlingsformer til pasienter med hjertesvikt for å lindre fysiske og psykiske symptomer hos pasienten.</p>	<p>God</p>

<p>Strømberg Anna, Dahlstrøm and Fridlund 2006 Sweden</p> <p>Patient Education and Counseling</p>	<p>Computer-based education for patients with chronic heart failure</p> <p>A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life</p>	<p>Å vurdere effekten av en enkeltundervisning, interaktive databaserte pedagogiske opplegget på kunnskap, samsvar og livskvalitet hos pasienter med spesiell vekt på kjønnsforskjeller.</p>	<p>Randomized controlled study</p>	<p>154/17</p>	<p>Kunnskap økte i begge gruppene etter 1 måned med en trend mot høyere kunnskap i databasert gruppe. Økningen i kunnskap var signifikant høyere i datamaskin-baserte gruppen etter 6 måneder. Ingen forskjeller ble funnet mellom gruppene med hensyn til etterlevelse av behandling og egenomsorg eller livskvalitet. Kvinnene hadde signifikant lavere livskvalitet og ble ikke bedre etter 6 måneder som mennene gjorde.</p>	<p>God</p>
<p>Giordano, A, Scalvini, Zanelli, Corra, Longobardi, Ricci, Baiardi and Glisenti. 2009 Italy</p> <p>International Journal of Cardiology</p>	<p>Multicenter randomised trial on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure</p>	<p>Hjemmebaserte tiltak der pasientene fikk en bærbar EKG med mulighet for overføring via telefon til et sykehus der sykepleier eller lege var tilgjengelig 24 timer, 7 dager i uken. Målet med studien var å finne ut om dette hjemmebaserte tiltaket kan redusere antall re-innleggelser og sykehuskostnader i forhold til vanlig omsorg.</p>	<p>Randomized controlled study</p>	<p>154/17</p>	<p>Tiltakene viste en nedgang i antall re-innleggelser på sykehus og kostnader av re- innleggelser viste signifikante forskjeller på gruppene.</p>	<p>God</p>

Dunagan, Clayburne Littenberg, Ewald, Jones, Beckham Emery, Waterman, Silverman and Rogers 2005 USA Journal of Cardiac Failure	Randomized Trial of a Nurse-Administered, Telephone-Based Disease Management Program for Patients With Heart Failure	Pasienten fikk en pedagogisk undervisning som beskriver årsaker til hjertesvikt og grunnprinsipper i behandlingen. Telefonkontakt for å fremme egenkontroll, riktig kosthold og etterlevelse av foreskrevet behandling.	Randomized controlled study	460/5	Tiltakene viste færre innleggelses på sykehus, redusert antall dager på sykehus og lavere kostnader.	God
Pattenden J.F, Roberts and Lewin. 2007 United Kingdom European Journal of Cardiovascular Nursing	Living with heart failure; patient and carer perspectives.	Denne studien utforsker hvordan pasienter med hjertesvikt og deres familiære omsorgspersoner takler dagliglivet.	Qualitative study	36 pasienter og 20 familiære omsorgspersoner.	Analysen viste at å leve med hjertesvikt kan være skremmende og vanskelig for både pasienter og deres familiære omsorgspersoner. Pasienter fant det vanskelig å mestre funksjonell begrensning og tilpasning til det å leve med hjertesvikt. Det ble rapportert om spesielle problemer som skyldes bivirkninger av medisiner, tilleggssykdommer og mangel på psykososial støtte og rehabiliteringstjenester.	God

Moser, K. Debra, Doering, and Chung 2005 USA American Heart Journal	”Volnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure”	Beskrive utbredelsen av risikofaktorer, adferdsmessige og psykososiale for re-innleggelse av pasienter med hjertesvikt i NYHA klasse III-IV	Randomized controlled study	206/4	Nylig utskrevne pasienter er sårbare for re- innleggelser. Helsepersonell må utvikle strategier for å vurdere risikofaktorer slik at de kan hensiktsmessig håndteres etter utskrivning.	Middels
Rodriguez, L. Keri, Appelt, Switzer, Sonel, and Arnold. 2008 USA Heart and lung	“They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients knowledge about and experiences with heart failure.	Studien undersøker pasientenes kunnskap om hjertesvikt diagnosen, deres forståelse av hjerteomsorg, anbefalt behandling og hvordan det å leve med hjertesvikt virker inn på deres daglige liv.	Qualitative study	25/0	Pasientene trenger en bedre kommunikasjon med leger og annet helsepersonell. Ikke bare nødvendig opplysninger om sykdom, behandlingsalternativer og prognose, men de trenger å motiveres til å gjennomføre vanskelige endringer i livsstil og å diskutere videre pleie og behandling.	Middels

Tabell 3

Kvalitetsvurdering:

Nr.1		<p>SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2008</p> <p>A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. av Kwok, Timothy, Jenny Lee, Jean Woo, Diana Lee og Sian Griffith</p>
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	<p>Populasjon: 105 kvinner og menn over 60 år med hjertesvikt Tiltak: Å gi helseveiledning, diettråd og oppmuntre til telefonkontakt ved symptomer. Hjemmebesøk av sykepleier innen syv dager etter sykehusutskrivning for kontroll av vitale tegn og medisinsjekk. Oppmuntring til fysisk trening og mindre salt og fettrik mat. Deretter besøk en gang i uken i fire uker og videre en gang i måneden. Utfallsmål: Frekvens av ikke planlagte sykehus reinnleggelser på seks måneder, antall planlagte innleggelser, seks minutters gangavstand og pleiekostnader.</p>
2	Ja	Ja, effekt av tiltak er undersøkt
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	<p>Gruppeinndeling av kjønn, alder og funksjon er lik ved oppstart. Randomiserings- tabell, men ser ingen forklaring</p>
4	Ja	Gruppene ble behandlet likt, bortsett fra intervensjonene.
5	Usikker	Står ikke beskrevet om blinding
6	Ja	Frafall på begge grupper er beskrevet. Tiltaksgruppen tapte 5 pasienter og kontrollgruppen tapte 10. Disse falt fra pga død, flytting eller kreft.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	<p>Reinnleggelser ble ikke redusert i seks måneders perioden, men pasientene ble mer uavhengige, og planlagte innleggelser ble muligens redusert Effektestimatet ble gitt som median</p>
8	Ja	P-verdi er oppgitt som statistisk signifikant.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Tiltaket er akseptabelt for brukerne og brukerne er representative for de vi møter i praksis.

10	Ja	Utfallsmålene er relevante. Det ble brukt Mann Whitney-test, som er pålitelig.
11	Usikker	Flere undersøkelser må tas for å vurdere nytteverdi
Etikk		Studien er godkjent av forskningsetisk komité av det kinesiske universitetet i Hong Kong

Nr. 2		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with HF Av Scott, D. Linda, Kay Setter- Kline og Agnes S.Britton
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 88 kvinner og menn med snittalder på 75 år(33-94år). Tiltak: Deltakerne ble randomisert til en av tre grupper -felles målsetting (MGS), støttende/lærerikt(SE) eller placebo. Utfallsmål: The Mental Health Inventory-5 (MHI-5) en ble brukt til å vurdere den psykiske helsetilstanden av deltakerne.
2	Ja	Ja, forfatteren undersøker effekt av et tiltak
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Deltakerne ble fordelt ved hjelp av en tabell med tilfeldige tall Det var likt fordelt i hensyn til alder og kjønn
4	Ja	Tiltak ble gjennomført i forhold til en protokoll.
5	Ja	Det ble samlet inn standardiserte spørreskjema av en annen gruppe sykepleiestudenter som var blindet for gruppeoppgaven.
6	Ja	Etter 6 måneders datainnsamling var 22 ikke lenger med i studiet. 7 ville ikke lenger være med etter 3 måneder, 7 var for syk til å fortsette, de siste 6 var overflyttet til sykehjem eller falt ut av undersøkelsen. Det står ingenting om fra hvilke grupper de tilhørte.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Etter 6 måneder viste MGS høyere score på mental helse enn de to andre gruppene. Placebo fikk ingen endring på psykisk helse, men SE hadde en bedring til 3 måneder som ikke økte til 6 måneder. MGS bedret scoren til 3 måneder og noen personer til 6 måneder. Livskvalitet fikk merkbart høyere score i MGS gruppen enn de to andre ved 6 måneder. Likeledes hadde de bedre oppfatning av sin egen helsefunksjon.
8	Ja	P-verdi er oppgitt Standardisert score for MHI-5 kan variere fra 0-100. Høyere score indikerer en bedre mental tilstand. En alpha koeffisient på 86 ble oppnådd i denne studien.

		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	De er representative for de vi møter i praksis. Det var menn og kvinner i forskjellig alder, yrke, utdanning og lønnstrinn. Det var enker, enkemenn, gifte, skilte og noen som ikke har vært gift. Halvparten hadde hatt hjertesvikt i 0-2 år, den andre halvparten over 3 år. Tiltaket er godt beskrevet for alle tre gruppene og er gjennomførbart
10	Ja	The cardiac version av Quality of Life Index vurderte livskvaliteten i denne studien. Det er et pålitelig instrument som måler oppfattet tilfredshet ved ulike livsområder. MHI-5 ble brukt til å måle den psykiske helsetilstanden. Dette er relevant for alle berørte parter.
11	Ja	Resultatene av tiltakene viser forbedring på flere områder, men det begrensede antallet deltakere i studien svekker robustheten til den statistiske analysen. Med tanke på at placebogruppen forble uendret i forhold til tiltaksgruppen så kan praksis ut fra denne studien endres.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.3		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 Extending the Horizon in Chronic Heart Failure.Effects of Multidisciplinary, Home-Based Intervention Relative to Usual Care av Inglis, C. Sally, Sue Pearson, Suzette Treen, Tamara Gallasch, John D. Horowitz og Simon Stewart.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 297 kvinner og menn over 55 år med hjertesvikt Tiltak: Randomisert til en tiltaksgruppe(HBI) og en omsorgsgruppe(UC). HBI-Hjemmebesøk innen 7- 14 dager etter hjemkomst fra sykehus av en sykepleier og farmasøyt eller spesialsykepleier. Pasienter fikk fysisk undersøkelse og vurdering om behov for rådgivning og hjelpetiltak. De med klinisk forverring ble tatt hånd om av lege eller kardiolog. Resultatmål: Effekt av tiltak ble analysert med bruk av SPSS versjon 12.
2	Ja	Ja, forfatteren undersøker effekten av et tiltak
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Rekruttering er oppsummert i henhold til consort retningslinjer. Randomiseringen er ført opp i en tabell. Ingen påvist forskjell mellom deltakerne. Data ble analysert ved bruk av SPSS versjon 12. Gruppene er like i forhold til kjønn, alder og funksjon.
4	Ja	Gruppene ble behandlet likt bortsett fra intervensjonene.

		Data ble analysert med bruk av SPSS versjon 12
5	Ja	Utfallsmål ble undersøkt på en blindet måte. Analyse og målinger ved SPSS versjon 12, Mann-Whitney-test og Kaplan- Meier-kurver.
6	Ja	Frafall er beskrevet i tabell. Frafall var større i UC gruppen.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	ja	Effektestimaten gis som median. Ved 7,5- 10 års oppfølging viste det seg at HBI hadde nesten dobbel så høy overlevelse enn UC. HBI hadde også lavere relaterte sykehusopphold.
8	Ja	P-verdi er oppgitt
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Personene er representative. Tiltakene er akseptable for brukerne men går over et langt tidsrom. Tiltak er detaljert beskrevet
10	Ja	Analysert av SPSS, Mann-Whitney test for variabler, Kaplan-Meier kurver, Breslow test
11	Ja	Tiltak var positivt, men 10 år er lang tid for hjertesviktpasienter og må forskes mer på.
Etikk		Ethics of Human Research Committee godkjente studien.

Nr.4		SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2008 Factor Impacting readmissions of Older Patients With Heart Failure av Hodges, Pamela.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Formålet med studien var å undersøke individuelle oppfatninger av livets hensikt, helse relatert livskvalitet, reinnleggelser på sykehus av eldre voksne med hjertesvikt.
2	Ja	Kan bruke kvalitativ tilnærming for å beskrive erfaring eller synspunkt, men får ikke effekten av tiltaket.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	41 deltagere med en gjennomsnittsalder på 75.5 år, flertallet gift men også enker, single og skilte. Litt over halvparten var menn. Hvite og latinamerikanske, men ingen sorte.
4	Ja	Semi strukturerte intervju ble analysert og instrument inkluderte demografiske dataskjema. Måleinstrumenter som ble brukt var The Purpose of LifeTest 11 og Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire Revidert 12 (MHFQ-R)

		Inkluderte variabler var: antall sykehus reinnleggelser, flere sykdommer, tilgjengelig støtteapparat, sivilstand, individuelle oppfatninger av livskvalitet og livsmål. Metoden undersøker erfaringer, opplevelser og holdninger.
5	Ja	Det at så mange hadde tilleggssykdommer kan virke inn på resultatet av studien. Finner ingenting om forfatterens teoretiske ståsted eller faglig bakgrunn.
6	Ja	Ja, det var sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskerne kom frem til.
7	Nei	Forfatteren har ikke trukket inn andre kilder for å underbygge data.
8		Fant ingen etiske kommentarer
		HVA ER RESULTATENE?
9		Hovedfunn viste lav score på MHFQ i forhold til symptomforståelse. Resultatene viste sterk sammenheng mellom PIL score og MHFQ score. Psykososialt velvære var det tema som hyppigst ble identifisert.
		KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?
10		Det er viktig å forstå hva som kan være de hyppigste og mest utbredte problemene for denne pasientgruppen for å kunne hjelpe dem å mestre hverdagen.

Nr.5		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”A home-based nurse-coached inspiratory muscle training intervention in heart failure” av Padula, C., Yeaw, E. og Mistry, S. (2009)
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 32 pasienter med hjertesvikt. Intervensjon: Inspiratorisk muskeltrening. Utfallsmål: Maksimal inspiratorisk hastighet (PIF), oppfattelse av dyspné, yteevne og helserelaterte livskvalitet
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Randomiseringsprosedyren er beskrevet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
4	Ja	Deltagerne ble behandlet likt utenom tiltaket i studien. Vanlig behandling er beskrevet i artikkelen.
5	Nei	Det hadde ikke vært mulig å blinde deltagerne og helsepersonell i denne studien. Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort.

6	Ja	3 av 32 fullførte ikke studien. Frafallet er beskrevet. Deltagerne ble analysert i de gruppene de ble randomisert til.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Etter tre måneder viste studien en betydelig signifikant bedring i PIF, i oppfattelse av dyspné og i respirasjonsfrekvens. Effektestimatet for de ulike utfallsmålene er oppgitt i n og %.
8.	Ja	P- verdien er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9.	Ja	Pasientene i denne studien kan være representativ for de pasientene en som sykepleier møter i praksis. Tiltakene er beskrevet slik at de gir en forståelse for enkeltelementene. Tiltakene er akseptable for pasienten, og det er sannsynlig at tiltakene påvirker utfallet.
10.	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter og helsepersonell. Dyspné ble målt ved Borg (1992) skala, MOS SF-36 (Ware og Sherbourne, 1992) ble brukt som måleskala i forhold til helserelatert livskvalitet.
11	Ja	Tiltakene er akseptable for pasientene, og resultatet i denne studien viser at nytten av tiltaket vil være verd kostnadene. Det kan anbefales endring av praksis.
Etikk		Undersøkelsen ble gjennomgått og godkjent av tre institusjonell review boards.

Nr.6		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trail” av Brodie, A. David, Inoue, Allison og Shaw, G. David
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 60 voksne pasienter med kronisk hjertesvikt. Intervensjon: Motiverende intervjuteknikk for å fremme fysiskaktivitet. Utfallsmål: Bedre livskvalitet sammenlignet med tradisjonell behandling.
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Randomiseringsprosedyren, med lukkede konvolutter, er beskrevet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i forhold til alder, koronar risikofaktorer, alvorlighets grad av hjertesvikt, ejectionsfraksjon, bestemte laboratorietester, lengde på sykehusinnleggelse, medisiner og sosialstøtte.

4	Ja	Deltagerne ble behandlet likt utenom tiltaket i studien. Pasientene ble randomisert til en av tre grupper: Gruppe 1: Mottok standard omsorg med oppfølging av spesial sykepleier og anbefaling å delta i et strukturert treningsprogram. Gruppe 2: Mottok atferds basert motiverende intervju program fra forskerne. Gruppe 3: Mottok standard omsorg og motiverende intervjuteknikk. Alle gruppene ble oppfordret til å tenke mer enn løsninger, "brain storming", for å bli mer fysisk aktive. De anbefalt å sette egne mål og å trene regelmessig.
5	Nei	Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort. Det hadde ikke vært mulig å blinde deltagerne og helsepersonell i denne studien.
6	Ja	60 av 92 deltagere fullførte studien. Frafallet er beskrevet. Deltagerne ble analysert i de gruppene de ble randomisert til.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Motiverende intervjuteknikk for å fremme fysisk aktivitet gir økt livskvalitet. Effektestimatet for de ulike utfallsmålene er oppgitt i middelvei (mean).
8.	Ja	P- verdien er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9.	Ja	Pasientene i denne studien kan være representativ for de pasientene en som sykepleier møter i praksis. Tiltakene er beskrevet slik at de gir en forståelse for enkeltelementene, men hvis en ønsker å kopiere dette trengs det mer informasjon fra forfatteren. Tiltakene er akseptable for pasienten og det er sannsynlig at tiltakene påvirker utfallet.
10.	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter og helsepersonell. Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire ble brukt som målemetode i forhold til livskvalitet. Dataene ble analysert ved hjelp av SPSS 10.0 for Windows i forhold til beregning av gjennomsnitt, standardavik, median og for å beskrive pasient egenskaper.
11	Ja	Motiverende intervjuteknikk trenger utdannet personell, men utover dette trenger ikke et slikt tiltak å ha store økonomiske kostnader.
Etikk		Etisk godkjenning ble innhentet fra et forskningsetisk utvalg med prosedyrer i samsvar med nasjonale og lokale retningslinjer og Declaration of Helsinki.

Nr.7		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”Randomized Clinical Trail of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC- DOM Study” av Brotons, Carlos, Carles Falces, Jose Alegre, Elena Ballarin, Jordi Casanovas, Teresa Cata, Mireia Martinez, Irene Moral et al.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 283 pasienter innlagt på sykehus med diagnosen hjertesvikt. Intervensjon: Et hjemme basert tiltak som innehold månedlige besøk og telefon kontakt hver 15. dag fra sykepleier. Utfallsmål: Målet med studien var å finne ut om et hjemme basert tiltak kan redusere dødeligheten, antall re- innleggelser på sykehus og forbedre livskvaliteten for hjertesvikt pasienter.
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Randomiseringen ble utført av WINPEPI14 program som fordelte pasientene i intervensjon eller kontroll gruppen. Ved bruk av et dataprogram er randomiseringen skjult for deltagerne, helsepersonell og forskerne. De to gruppene var like med unntak av forekomsten av KOLS.
4	Nei	Pasientene i kontrollgruppen fulgte vanlig prosedyre: henvisning til fastlege og/eller henvisning til kardiolog. Poliklinisk innkalling etter ett år. Tiltakene som ble gjennomført hos intervensjonsgruppen er beskrevet og ble nedtegnet i en protokoll.
5	Nei	Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort.
6	Ja	Frafallet er på 0,4 %. 282 av de 283 pasientene som ble randomisert fullførte studien.
7	Ja	Denne studien viser at et hjemme basert tiltak for pasienter med hjertesvikt reduserer dødeligheten, antall re- innleggelser og forbedrer livskvaliteten. Effekten av tiltakene oppgis i %.
8	Ja	P-verdi er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Personene i denne studien kan være representativ for pasienter med hjertesvikt som jeg kan møte i egen praksis. Tiltakene er beskrevet av forfatter. Det er sannsynlig at tiltaket kan påvirke resultatet. For pasienter med hjertesvikt vil et slikt tiltak være akseptabelt.

10	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter, pårørende, politikere og eksperter. Målemetoder som ble benyttet var Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire i forhold til livskvalitet, spørreskjemaet etterlevelse av farmakologisk behandling og funksjonell ytelse ble utført av kardiologisk helsepersonell.
11	Nei	Utfallet av studien er interessant, men videre forskning kan anbefales.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.8		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”Effect of a home-based exercise program on clinical outcomes in heart failure” av Dracup, Kathleen, Lorraine S. Evangelista, Michele A.Hamilton, Virginia Erikson, Antoine Hage, Jamie Moriguchi, Cheryl Canary et al.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 173 pasienter med diagnosen hjertesvikt, NYHA klasse II- IV. Ca 70 % av deltagerne var menn. Intervensjon: Et hjemme basert trenings program. Utfallsmål: Effekten på kliniske utfall.
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Nei	Forfatteren gir ingen beskrivelse av randomiseringsprosedyren. Han skriver ingenting om at randomiseringen er skjult for deltagerne, helsepersonell og/eller forskere. Det var ingen forskjeller mellom kontroll og intervensjonsgruppen med hensyn til kjønn, sosialklasse eller kliniske kjennetegn (tabell 2). Pasientene i intervensjonsgruppen hadde imidlertid høyre sannsynlighet for en historie med hjertesykdom og bruk av platehemmende medikament.
4	Ja	Pasientene i kontrollgruppen opprettholdt sitt vanlige nivå av daglige aktiviteter med som inneholdt noe systematisk trening. Begge gruppene fikk skrittellere, ble bedt om å registrere tid og lengde i forhold til gange og å gi månedlig rapport om sin fysiske aktivitet på et sammendrags ark. All måling i forhold til intervensjonsgruppen var i samsvar med forsknings protokollen.
5	Ja	Det hadde vært umulig å blinde deltagerne i denne studien. Helsepersonell som utførte kliniske tester ut i fra en protokoll var blindet.
6	Ja	Frafallet var to pasienter, en fra hver gruppe. Grunnen for frafallet er beskrevet. Gruppene ble analysert i den gruppen de ble randomisert til.

		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Pasientene i intervensjonsgruppen hadde færre reinnleggelser på sykehus enn kontrollgruppen, 12,8 % mot 26,6 %.
8.	Ja	P- verdien er oppgitt. P = 0.18 i forhold til antall re- innleggelser.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9.	Ja	Pasientene i denne studien kan være representativ for de pasientene en som sykepleier møter i praksis. Tiltakene er beskrevet slik at de gir en forståelse for enkeltelementene, men hvis en ønsker å kopiere dette trengs det mer informasjon fra forfatteren. Tiltakene er akseptable for pasienten og det er sannsynlig at tiltakene påvirker utfallet.
10.	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter og helsepersonell. Målemetoder som ble benyttet var Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire i forhold til livskvalitet, Multiple Affect Adjectiv Checklist til psykisk tilstand. I forhold til funksjonell ytelse er målemetodene beskrevet i artikkel. Øvrige data er hentet fra pasient journal og pasienten selv.
11.	Ja	Nedgang i antall reinnleggelser på sykehus har en økonomisk gevinst, men i forhold til de kliniske utfallene av dette treningsprogrammet anbefales videre forskning.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.9		SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006 “Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure” av Ryan, Marie og Farrelly, Mary
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Målet med studien var å beskrive pasientens erfaringer med å leve med avansert hjertesvikt, NYHA klasse III eller IV. Studien kan føre til økt kunnskap hos sykepleiere som skal hjelpe pasienter til å takle sin kroniske sykdom.
2	Ja	Målet er å beskrive pasienterfaringer.
3	Uklart	Deltagerne var pasienter under poliklinisk behandling på sykehus for avansert hjertesvikt, NYHA klasse III eller IV. Deltagerne ble ikke vurdert etter andre kriterier. 17 personer ble invitert til å delta i studien, 10 samtykket. 9 pasienter deltok. Det er ikke gjort rede for hvorfor noen valgte å ikke delta.
4	Ja	I datainnsamlingen ble de brukt ustrukturerte intervju som ble spilt inn og transkribert ordrett kort tid etter intervjuet. Alle intervjuene startet med det samme spørsmålet og deretter videre utviklet intuitivt.
5	Nei	Konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor er ikke beskrevet. Forskernes teoretiske ståsted og deres faglige bakgrunn er heller ikke beskrevet.

6	Ja	I dataanalysen har forskerne brukt en metode utviklet av Turner (2003;2(1):1-10), som er en hermeneutisk- fenomenologisk analyse. De analytiske fasene er oppsummert i tabell 2 i artikkelen. Det er sammenheng mellom forskernes kategorier og innsamlede data.
7	Ja	I studien er det trukket inn annen nyere forskning for å underbygge data i diskusjonsdelen.
8	Ja	Deltagerne fikk på forhånd et informasjonsskriv som inkluderte formålet med studien før de ga signert samtykke. Etisk godkjenning ble gitt av Hospital Etics Committee.
		HVA ER RESULTATENE?
8	Ja	Funnene kan tyde på at helsevesenet trenger en holdningsendring for å kunne bruke flere eller alternative behandlingsformer til pasienter med hjertesvikt for å lindre fysiske og psykiske symptomer hos pasienten. Resultatene ble diskutert i lys av formålet med studien som var å beskrive pasientens erfaring med å leve med avansert hjertesvikt.
		KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Resultatet kan bidra til at sykepleiere bedre kan forså pasienter med hjertesvikt, og dermed lettere kunne hjelpe pasienten til å takle sin kroniske sykdom. Sykepleiere må ha et mål om at pasienten føler seg bedre, det innebærer at pasientens subjektive livskvalitet og sosialfungering er like avhengig av psykologiske som de fysiologiske faktorene.

Nr.10		<p>SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008</p> <p>Computer-based education for patients with chronic heart failure A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life Strømberg, Anna, Ulf Dalhstrøm og Bengt Fridlund.</p>
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	<p>Populasjon: 154 kvinner og menn med snittalder på 70 år Tiltak: 1 times undervisning om fysiologi, hjerte sviktsymptomer, symptom-overvåking og livsstil endringer. En økt med multi-mediaprogram og selvstendig jobb med datamaskin som omhandler hjertesvikt og en egentest. Selvtest på opptil 45 minutter. Spørreskjema om salt og væske restriksjon, symptom-overvåking, hvile og aktivitet, diuretika, definisjon av hjertesvikt, compliance med medisiner og medisinsk avtaler. Mål av "livskvalitet", EuroQol (EQ - 5D), en generisk enkelt indeks som definerer helse i fem dimensjoner (mobilitet,</p>

		egenomsorg, vanlige aktiviteter, smerter / ubehag og angst / depresjon) Utfallsmål: Dette resulterte i en samlet helse tilstand med problem innen mobilitet, egenomsorg og vanlige aktiviteter, moderate smerter og alvorlige problemer med angst.
2	Ja	Ja, forfatter undersøker effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Randomiseringen foregikk med bruk av en computer-generert liste over tilfeldige tall. Gruppene ble fordelt så likt som mulig og tatt hensyn til over /under 80 år og diuretikabruk.
4	Ja	Gruppene ble behandlet likt bortsett fra tiltakene. Det står ikke beskrevet om tiltak ble gjennomført i forhold til protokoll.
5	Ja	Sykepleieren som gjennomførte telefon- intervjuene hadde aldri møtt pasientene og visste ikke om de var i intervensjonsgruppen eller i kontrollgruppen.
6	Ja	Etter 1 måned var 3 i tiltaksgruppe og 4 i kontrollgruppe ikke lenger med i studien. Etter 6 måneder var ytterligere 7 i tiltaksgruppe og 3 i kontrollgruppe ikke lenger med i studien. Av disse døde 8 og 9 falt ut av andre grunner.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Databasert undervisning ga økt kunnskap om hjertesvikt men ingen bedret egenomsorg og behandling. Databasert undervisning hadde imidlertid positiv langsiktig effekter med hensyn til økt livskvalitet for menn med hjertesvikt. Effektestimatet for de ulike utfallsmål
8	Ja	P-verdi er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Personene er representative for vår praksis. Tiltak er detaljert beskrevet og gjennomførbart. For lite datakunnskap kan imidlertid påvirke resultatet.
10	Ja	Utfallsmål er relevant for pasient og alle parter.
11	Ja	Med riktig bruk kan dette være til hjelp for mange og kostnadene trenger ikke bli for store.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.11		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 “Multicenter randomized trail on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure” av Giordano A, S.Scalvani, E. Zanelli, U. Corra, G.L.Longobardi, V.A. Ricci, P. Baiardi og F.Glisenti.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL

1	Ja	Populasjon: 460 pasienter med hjertesvikt fra 57 til 67 år. Intervensjon: Hjemmebasert tiltak der pasientene fikk en bærbar EKG med mulighet for overføring via telefon til et sykehus der sykepleier eller lege var tilgjengelig 24 timer, 7 dager i uken. Utfallsmål: Målet med studien var å finne ut om dette hjemmebaserte tiltaket kan redusere antall re- innleggelser og sykehuskostnader i forhold til vanlig omsorg.
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Nei	Forfatteren skriver at pasientene tilfeldig ble delt inn i intervensjon og kontrollgruppen. Han gir ingen beskrivelse av randomiseringsprosedyren.
4	Ja	Pasientene i kontrollgruppen fulgte vanlig omsorgprosedyre etter utskrivning.
5	Nei	Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort.
6	Ja	Frafall i intervensjonsgruppen var fire, mens i kontrollgruppen var det en, Fig. 1 i artikkelen. Frafallet er beskrevet.
7	Ja	Denne studien viser at dette hjemmebaserte tiltaket for pasienter med hjertesvikt reduserer antall reinnleggelser og sykehus kostnader sammenlignet med vanlig omsorg. Effektestimatet for de ulike utfallsmålene er oppgitt i %. Intervensjonsgruppen hadde 28 % sjans for reinnleggelser mot 42 % i kontrollgruppen i løpet av 1 år.
8	Ja	P-verdi er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9	Ja	Personene i denne studien kan være representativ for pasienter med hjertesvikt som jeg kan møte i egen praksis. Tiltakene er beskrevet av forfatter. Det er sannsynlig at tiltaket kan påvirke resultatet. For pasienter med hjertesvikt vil et slikt tiltak være akseptabelt.
10	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter, pårørende, politikere og eksperter. Målemetoder som ble benyttet telemonitorering (EKG), telefoner registrert av datastyrt call center, selvmåling av vekt og BT og registrering av episoder med hypotensjon. Kostnadsanalysen ble beregnet med Medicare Diagnose-Related-Group refusjon.
11	Ja	Telemonitorering gir bedre tilgang til helsetjenester for pasientene og reduserer kostnader for sykehusene.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.12		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”Randomized Trail of a Nurse-Administered , Telephone-Based Disease Management Program for Patients With Heart Failure” av Clayburne Dunagan, Benjamin Littenberg, Gregory A.Ewald, Catherine A.Jones, Valery Beckham Emery, Brian M.Waterman, Daniel C.Silverman og Joseph G. Rogers
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 151 voksne pasienter med kronisk hjertesvikt. Intervensjon: Planlagte telefonsamtaler av spesialutdannede sykepleiere for å fremme selvledelse og behandling forskrevet av fastlege. Utfallsmål: Redusert behov for sykehusinnleggelser og bedre livskvalitet.
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	Randomiseringsprosedyren er beskrevet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene annet enn en intervensjonsgruppen brukte gjennomsnittlig en høyere dose ACE-hemmere.
4	Ja	Deltagerne ble behandlet likt utenom tiltaket i studien. Vanlig behandling er beskrevet i artikkelen.
5	Nei	Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort. Det hadde ikke vært mulig å blinde deltagerne og helsepersonell i denne studien.
6	Ja	29 av 151 fullførte ikke studien. Frafallet er beskrevet. Deltagerne ble analysert i de gruppene de ble randomisert til.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Denne telefon baserte sykepleie administrerte undersøkelsen forsinket sykehusinnleggelser, men hadde liten effekt på andre utfall som livskvalitet, funksjonell status og dødelighet. Effektestimatet for de ulike utfallsmålene er oppgitt i %.
8.	Ja	P- verdien er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?
9.	Ja	Pasientene i denne studien kan være representativ for de pasientene en som sykepleier møter i praksis. Tiltakene er beskrevet slik at de gir en forståelse for enkeltelementene, men hvis en ønsker å kopiere dette trengs det mer informasjon fra forfatteren. Tiltakene er akseptable for pasienten, og det er sannsynlig at tiltakene påvirker utfallet.
10.	Ja	Utfallsmålene er relevante både for pasienter og helsepersonell. Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire ble brukt som målemetode i forhold til livskvalitet. Helth Survey 17 ble benyttet som målemetode for funksjonell status.

11	Nei	Utfallene i denne studien viste kun en forsinkelse i antall sykehus innleggelser. Det er derfor ikke grunnlag for å anbefale endring av praksis.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr. 13		SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006 Living with heart failure; patient and carer perspectives av Pattenden J.F., H. Roberts og R.P.J. Lewin.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Finne ut hvordan pasienter med hjertesvikt og deres nærmeste som omsorgspersoner takler dagliglivet. Dette er interessant for vår problemstilling.
2	Ja	Ved kvalitativ tilnærming får vi svar på erfaringer og synspunkter.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Ja	36 pasienter og 20 pleiere. Sju-åtte pasienter fra fem forskjellige sykehus i Storbritannia. Pasientene hadde en diagnose av hjertesvikt og var nylig henvist til British Heart Foundation til spesialsykepleier. De som ikke fylte kriteriene ble ekskludert.
4	Ja	Metoden var semi-strukturert intervju som ble tapet, og notater som ble tatt under intervjuet ble tatt vare på. En god metode for å belyse problemstillingen.
5	Ja	Det at pasient og omsorgsperson ble intervjuet sammen kunne virke inn på hvordan de uttrykte seg i intervjuet. Finner ikke at forsker har gjort rede for sin faglige bakgrunn eller sitt ståsted.
6	Ja	Ja, det er sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet frem til. Mestre symptomer, medisiner, virkningen av tilleggssykdommer, angst og depresjon, tilpasse livet til hjertesvikt, endrede roller for pleierne, kulturelle / religiøse spørsmål, og språkproblemer.
7	Ja	Andre kilder ble trukket inn for å underbygge data.
8	Ja	Etiske godkjenninger fra forskningsdepartementet Governance. Deltakerne fikk opplysninger om studien og godkjente intervjuet.
		HVA ER RESULTATENE?
9	Ja	Det var mange utfordringer for å mestre symptomer og tap av evner som førte til redusert livskvalitet. Hovedfunn indikerer at en person med hjertesvikt kan ha nytte av behandling, både for angst og depresjon.
		KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

10	Ja	Denne studien kan hjelpe meg til å forstå hvordan pasienter med hjertesvikt opplever sin situasjon i hverdagen.
----	----	---

Nr.14		SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 ”Volnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure” av Moser, Debra K., Lynn V. Doering og Misook L.Chung
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Populasjon: 202 pasienter med hjertesvikt, de fleste i NYHA klasse III-IV, nylig utskrevet fra sykehuset, Intervensjon: Pasientene fikk hjemmebesøk av spesial sykepleier 3 til 7 dager etter utskrivning fra sykehuset. Adferdsmessige og psykososiale risikofaktorer for re- innleggelser ble målt. Utfallsmål: Beskrive utbredelsen av risikofaktorer for re innleggelse (dvs. funksjonell status, om pasienten bodde alene, tilstedeværelse av angst, depresjon eller dårlig livskvalitet, symptom status og etterlevelse av forskrevet medisiner, lav natrium diett og symptom overvåkning).
2	Ja	Forfatterne har undersøkt effekten av et tiltak.
		KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?
3	Nei	Randomiseringsprosedyren er ikke beskrevet
4	Ja	I tabell 1 i artikkelen er bakgrunnsvariablene beskrevet. Intervensjonsgruppen hadde en høyere sannsynlighet (47 % mot 25 % i kontrollgruppen) for å være mottager av sosialstøtte og hadde et større økonomisk handikap.
5	Nei	Forfatteren har ikke skrevet noe om dette, og det er derfor umulig å vite hva som er gjort. Det hadde ikke vært mulig å blinde deltagerne og helsepersonell i denne studien, men forskere som gjorde analysen og vurderte utfallet, kunne vært blindet, men det er ikke beskrevet.
6	Ja	Fem fra intervensjonsgruppen og ti fra kontrollgruppen fullførte ikke studien. Frafallet er beskrevet: flytting, kreftdiagnose (3) og dødsfall (12). Deltagerne ble analysert i de gruppene de ble randomisert til.
		HVA FORTELLER RESULTATENE?
7	Ja	Tiltakene var effektive i det å bevare uavhengighet og var trolig effektive i å redusere antall planlagte re- innleggelser. Etter seks måneder var deltagerne i kontrollgruppen betydelig mindre selvstendige (median endring 0 vs 0.5, p<0,005, Mann Whitney test)
8.	Ja	P- verdien er oppgitt.
		KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?

9.	Ja	Pasientene i denne studien kan være representativ for de pasientene en som sykepleier møter i praksis. Tiltakene er beskrevet slik at de gir en forståelse for enkeltelemtene, men hvis en ønsker å kopiere dette trengs det mer informasjon fra forfatteren. Tiltakene er akseptable for pasienten og det er sannsynlig at tiltakene påvirker utfallet.
10.	Ja	Utfallsmålene er relevante for helsepersonell og politikere. Målemetoder: Seks minutters gangtest, Mann Whithney U-test, kostnads analyse basert på intensjonen om å behandle med perspektiver fra det offentlige helsevesenet, og den enkelte pasient (beskrevet i artikkel).
11	Ja	Kostnadseffektivitet var ikke signifikant. Mer omfattende helse økonomisk evaluering anbefales.
Etikk		Fant ingen etiske kommentarer

Nr.15		SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006 “They dignosed bad heart”: A qualitative exploration of patients knowledge about and experiences with heart failure av Rodriguez, Keri L., Cathleen J.Appelt, Galen E. Switzer, Ali F.Sonel og Robert M. Arnold.
		INNLEDENDE SPØRSMÅL
1	Ja	Studien undersøker pasientenes kunnskap om hjertesvikt diagnosen, deres forståelse av hjerteomsorg og anbefalt behandling og hvordan det å leve med hjertesvikt virker inn på deres daglige liv.
2	Ja	Målet er å beskrive pasient erfaringer. Pasient utdanning er sentralt og det er derfor viktig å vite hva pasientene forstår og opplever både klinisk og personlig.
3	Ja	Utvalget er beskrevet i tabell 1 i artikkelen. 25 tilfeldige av 90 pasienter i en kvantitativ undersøkelse deltok i denne kvalitative studien. Utvalgsstørrelsen ble styr av prinsippet om ”metning”.
4	Ja	I datainnsamlingen ble de brukt semistrukturert intervju og åpne spørsmål som ble spilt inn på lydbånd og transkribert for analyse.
5	Nei	Konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor er ikke beskrevet. Forskernes teoretiske ståsted og deres faglige bakgrunn er heller ikke beskrevet.
6	Ja	I dataanalysen har forskerne brukte teoriteknikk med konstant komparativ analyse til koding og undersøkelse av data. Kategoriene som forskerne har kommet frem til, virker rimelige ut i fra de samlede data.
7	Ja	Forfatteren belyser sine funn med utsagn fra pasientene.
8	Uklar	Deltagerne fikk på forhånd et informasjonsskriv som inkluderte formålet med studien før de ga signert samtykke. Studien er godkjent av VA Pittsburg Healthcare System Institutional Review Board. Etisk komite er ikke nevnt av forfatter.
		HVA ER RESULTATENE?

9	Ja	Pasientene trenger en bedre kommunikasjon med leger og annet helsepersonell, ikke bare nødvendig opplysninger om pasientens sykdom, behandlingsalternativer og prognose, men også motivere pasientene til å ta vanskelige endringer i livsstil og for å diskutere videre pleie og behandling. Funnene underbygges med utsagn fra pasientene.
		KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?
10	Ja	Det er nyttig å få øk innsikt i hvordan pasientene opplever dette. Resultatet kan bidra til at sykepleiere bedre kan forstå og være mer bevisst på pasientenes behov for informasjon.