



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt
"Nursing to patients with chronic heart failure"

Brage Gilberg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 06/05/09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med kronisk hjertesvikt

Tittel på engelsk: Nursing to patients with chronic heart failure

Forfatter(e): Brage Gilberg

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Signe Julnes

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.

Opgaver 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: 4/5/09

Antall ord: 11857

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.2.1 Avgrensing av problemstilling	2
1.3 Formål med oppgaven.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Definisjon av metode	4
2.2 Fremgangsmåte.....	4
2.3 Kildekritikk	5
2.4 Forskning – presentasjon.....	6
3.0 Teori	8
3.1 Innledning.....	8
3.2 Hjertesvikt	8
3.2.1 Hjertesvikt symptomer	9
3.2.2 Ikke-medikamentell behandling	10
3.2.3 Medikamentell behandling	10
3.3 Kronisk sykdom.....	11
3.4 Benner og Wrubel Sykepleieteori.....	12
3.4.1 Benner og Wrubels menneskesyn.....	12
3.4.2 Benner og Wrubels syn på stress og mestring.....	13
3.4.3 Sykepleierens rolle med stress og mestring.....	14
3.5 Livskvalitet.....	15
3.5.1 Teori om livskvalitet	15
3.5.2 Helserelatert livskvalitet.....	16
3.5.3 Livskvalitet og kronisk sykdom.....	17
3.6 Stress og mestring.....	17
3.6.1 Stress og mestring ved kronisk sykdom.....	18
3.7 Sykepleie i hjemmet.....	18
3.7.1 Sykepleie av kronisk syke i hjemmet.....	20

4.0 Drøfting	21
4.1 Sykepleietilnærming/menneskesyn	21
4.2 Mestring av stress	22
4.3 Livskvalitet.....	24
4.3.1 Helse relatert livskvalitet.....	24
4.3.2 Veien til økt livskvalitet	26
4.3.3 Kartlegging av livskvalitet	27
4.4 Hjemmet som arena	30
5.0 Konklusjon	33
Litteraturliste	34
Forskningsartikler og artikler	36

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Igjennom mine praksisperioder har jeg møtt en del pasienter med kroniske sykdommer, både mennesker som har nylig fått sykdom eller hatt den en stund. Da tenker jeg spesielt på sykdommer som MS, Parkinson, hjerneslag og hjertesykdommer. Jeg har valgt å ende opp med hjertesykdommer som vil gi en plutselig endring i livssituasjon.

Jeg har valgt temaet pasienter med kronisk hjertesvikt, for hjertesvikt er noe som jeg er sikker på jeg vil møte videre i mitt arbeid som sykepleier. Jeg synes det er et spennende og til tider vanskelig tema. Det var etter jeg var i hjemmesykepleiepraksis jeg fikk interessen for de aktuelle pasientene. Men jeg også har en del erfaringer med hjertesyke pasienter fra sykehjem, der jeg jobber en del på siden av studiene. Jeg har valgt å fokusere på hjemmesykepleie da dette er noe jeg antagelig kommer til å jobbe med i fremtiden. Jeg kan spørre meg spørsmålet; hvordan kan jeg hjelpe pasienter med kronisk hjertesykdom? Hvordan ville jeg taklet å få hjertesykdom og hvilken hjelp ville jeg hatt?

Det jeg merker meg med pasienter som får hjertesykdom er at de kan få endret sin livsstil betraktelig og miste ”gleden med livet”. Jeg vet igjennom studiene mine at måten vi sykepleiere håndterer mennesker med kronisk sykdom er viktig i forhold til hvordan de takler sitt videre liv. Jo mer kunnskap jeg har om emnet, jo enklere kan jeg hjelpe hjertepasienter når de skal takle overgangen fra et sykehus til å starte og leve i hjemmet i sin ”nye hverdag”. Kunnskapen jeg vil tilegne meg vil også ha nytte på sykehus, der kan sykepleiere veilede og undervise pasienter så de takler sin hverdag bedre når de kommer hjem. Det er masse informasjon om livsstiltak og medisinbruk. Ofte treffer en også pasienter som har hjertesvikt som tilleggsdiagnose. Da er det også viktig å ha kunnskap rundt temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til økt mestring for pasienter med kronisk hjertesvikt, slik at de får økt livskvalitet i hjemmet.

1.2.1 Avgrensning av problemstilling

*Pasientgruppen jeg har valgt å gå inn på er hjertesviktpasienter i gruppen 2 og 3 som ifølge Wyller (2006) har symptomer ved henholdsvis moderat og lett fysisk aktivitet. Ellers vil oppgaven i stor grad bære preg av at det er sykepleie til eldre med hjertesvikt. Jeg har fokus på eldre fra 70 år og oppover. Jeg vil legge mest fokus på plagene pasienten har i rundt fatigue og dyspne samt psykiske problemer som ofte oppstår sammen med dette.

*I hjemmesykepleien kommer det pasienter med hjertesvikt fra sykehuset. Jeg har valgt å fokusere på de som har kronisk hjertesykdom i hjemmet. Jeg har valgt å avgrense vekk pårørendes rolles ved hjertesvikt pasienter i hjemmet.

* Jeg vil fokusere på livskvalitet og den helse relaterte livskvaliteten. Livskvalitet er et subjektivt begrep, så pasientperspektivet vil være viktig. Jeg vil i størst grad gå inn på den fysiske dimensjonen når det gjelder livskvalitet. Litt innom det psykiske vil jeg også gå inn på. Det sosiale har jeg valgt å avgrense bort så ikke oppgaven blir for stor. Innen det psykiske er det forskning på depresjon som vil jeg ta med.

*Jeg vil bruke teori om mestring og stress og sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel som har en del tanker rundt mestring og stress. I drøftingen vil jeg ta for meg stress og mestring med Benner og Wrubel og andre teorier.

* Jeg vil ikke gå nøye inn på selve behandlingen, rehabiliteringen eller medikamenter som i hovedsak foregår under sykehusoppholdet og ikke går i stor grad under min problemstilling. Medisiner har jeg valgt å ta med for det kan gå utover livskvaliteten.

1.3 Formål med oppgaven

Formålet er å få økt kunnskap om hjertesvikt og pasientens opplevelse igjennom en slik sykdom eller syndrom. Samtidig som jeg vil innfri kravene og bestå avsluttende eksamen i sykepleie. Videre vil jeg også bli flinkere til å finne ny forskning og lære meg å bruke det i videre praksis. Dette for at jeg kan gi den best mulige sykepleie til pasienter.

1.4 Oppgavens disposisjon

Livskvalitet og mestring er de sentrale begrepene i denne oppgaven. Det vil jeg prøve å få igjennom som en rød tråd. Ettersom hjertesvikt er kronisk, vil teori om kronisk sykdom beskrives. God livskvalitet er det alle mennesker streber etter og spesielt kronisk syke vil ha problemer med.

I kapittel 1 tar jeg for meg problemstilling og avgrensning, samt innledning og hvorfor jeg vil skrive denne oppgaven. I kapittel 2 vil jeg å gå igjennom metoden som gjorde at jeg kom frem til litteraturen i oppgaven og hvordan jeg gjorde det. Her vil jeg også ha en presentasjon av noen av de valgte forskningsartiklene jeg har valgt. Forskningen mer rettet imot helsereelatert livskvalitet har jeg valgt å ta med direkte i drøftingen i kapitelet om nevnte tema.

I tredje kapittel vil jeg starte med teoridelen som omhandler hjertesvikt. Da går jeg inn på symptomer på hjertesvikt, eller hvordan en hjertesviktpasient vil være. Jeg vil også gå igjennom det å være kronisk syk. Videre vil jeg skrive om livskvalitet og helsereelatert livskvalitet. Det går på hva livskvalitet er og hvordan pasienters livskvalitet kan tolkes. Stress og mestring vil også tas opp samt sykepleie til pasienter i hjemmet. I videre arbeid med oppgaven vil jeg gjennomgå sykepleieteoretikerne Brenner og Wrubel, skrive litt om deres menneskesyn og deres syn på stress og mestring.

I drøftingsdelen vil jeg starte med Benner og Wrubler sitt menneskesyn i forhold til hjertesviktpasienten og mestring av stress i forhold til dette. Videre vil jeg ta opp helsereelatert livskvalitet som vil gå innpå en del av symptomene til hjertesvikt pasienten og så generelt om livskvalitet. Til slutt blir det ”hjemmet som arena” som går hovedsakelig på sykepleiefunksjon til min pasientgruppe i hjemmesituasjonen. Til slutt vil jeg avslutte med en konklusjon. Resultatet fra forskningsartiklene vil jeg legge inn der det er naturlig i selve drøftingen.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metode

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. (Dalland, 2007) Denne oppgaven er et litteraturstudium som betyr at vi skal ha en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt valget av problemstilling, for så å drøfte denne opp mot hverandre. Formålet er ikke at vi skal fremskaffe ny kunnskap. Det er også gitt tillatelse til å trekke inn erfaringer fra praksis. Det vil si erfaringer som en har igjennom praksis som sykepleier og observasjoner/samtaler med sykepleier.

I et litteraturstudie skal det brukes kunnskap og teori fra bøker, tidsskrifter og fra artikler skrevet av fagpersoner som jeg kan finne i godkjente databaser. Kvaliteten på oppgaven er avhengig av at jeg klarer å finne gode, relevante skriftlige kilder, slik at disse kan drøftes opp mot problemstillingen. (Dalland, 2007)

2.2 Fremgangsmåte

Jeg fant litteratur om min valgte problemstilling hovedsakelig med å søke i databasen Bibsys. Bibsys er et søkeverktøy som fungerer som et bibliotek og viser hva som finnes i HiMolde og andre høgskoler/universitetsbibliotek. Søkeordene jeg brukte var mange. Jeg traff en god del på: ”hjertesvikt”, ”livskvalitet” og ”kronisk sykdom”. Ellers kunne jeg se igjennom pensumlitteratur-listene om jeg fant noen bøker jeg syntes var relevante. Jeg gikk også ganske systematisk igjennom de generelle sykepleiebøkene vi har på studiet for å få en bedre forståelse. Jeg fant også en del gamle master og student oppgaver, som ikke nødvendigvis hadde samme tema, som jeg fikk inspirasjon og tips fra.

For å finne forskningsartiklene brukte jeg databasen OVID og der brukte jeg Helsebiblioteket, Journals@Ovid, British Nursing Index, Embrase, Ovid Medline og Ovid Nursing Database. Jeg søkte også en del på ProQuest og SweMed, men fant alle de valgte

hovedartikkene på OVID. Jeg brukte søkeord som "heart failure" og prøvde å koble det sammen med "Quality of life" og "Health-related quality of life". Videre kunne jeg bruke søkeord som "coping", "stress" og prøve å koble dem sammen med "heart failure". På samme måte prøvde jeg å finne relevante artikler om "home care nursing" Videre ville jeg finne forskning med "Sf-36" og hjertesvikt så jeg søkte på Sf-36+heart failure.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Kildekritikk skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. (Dalland, 2007)

Jeg har prøvd å finne og bruke den nyeste forskningen og litteraturen. Jeg har i all hovedsak brukt primærlitteratur på min teoridel. Primærlitteratur er i følge Dalland (2007) originalartikler og teoretiske artikler der forfatteren har presentert sitt eget forskningsarbeid. I noen tilfeller valgte jeg også å bruke sekundærlitteratur. Det vil si tolkninger av andres arbeid. Jeg har brukt en del pensumlitteratur som er kvalitetssikret igjennom studieplanen. Hovedlitteraturen min er "Klinisk sykepleie" av Hallbjørg Almås og annen sykepleielitteratur. I sykdomslære har jeg valgt Wyller (2006) som er en bok jeg er godt kjent med igjennom studiet. Jeg har prøvd å finne hjertesvikt-litteratur i disse bøkene. "Å leve med kronisk sykdom" av Gjengedal og Hanestad(2007) har også vært en viktig bok innen min problemstilling. Den tar for seg kronisk sykdom mer generelt. Den går ikke rent generelt inn på hjertesvikt og/eller hjertesykdommer. Dermed kan litteraturen bli for generell og hjertesviktpasienter nødvendigvis ikke er slik. Ellers har jeg ikke funnet noe litteratur direkte mot hjertesvikt og mestring.

For sykepleierteoretikerne Benner og Wrubel har jeg brukt en dansk oversettelse av originalen "Primacy of caring" Oversettingen kan by på problemer fra engelsk til dansk. Jeg måtte også tolke dansk og prøve å forstå det slik at det ble korrekt oversatt. Gullestad (2006) sin bok om hjertesvikt synes jeg er en god bok om hjertesvikt som tar for seg alt fra behandling til teori.

Mye av forskningen om livskvalitet er kvantitativ. Det brukes et spørreskjema om helserelatert livskvalitet som kalles SF-36 for måling av livskvaliteten hos mennesker. Den

går på den psykiske, fysiske og mentale helsen. Forskningsartiklene har jeg lest igjennom og kvalitetssikret. Det som er fordelene med kvantitativ forskning er at den tar for seg bredden og dermed tar for seg befolkningen som en helhet. Det som blir bakdelen da er at hver hjertesvikt pasient vil ha forskjellig utfall og dermed vil ha forskjellig behov for sykepleie. En mister dybdesynet en får ved en kvalitativ forskning. Fordelen med forskningsartiklene mine er at de ofte har mange deltagere. Den kvantitative forskningen vil finne ut gjennomsnittet i for eksempel helserelatert livskvalitet hos mennesker med hjertesvikt. Men den vil ikke finne ut hva den enkelte deltager i forskningen har det. Når jeg skal jobbe med pasienter for at de skal få økt livskvalitet må jeg gå på den aktuelle pasienten. Altså å bruke slik objektiv kunnskap kan være mot sin hensikt når jeg skal tolke den subjektive opplevelse til pasienten.

2.4 Forskning – presentasjon

Studien til Allman (2009) tok for seg forskning med dataresultater fra 1996 frem til 2008 for og kritisk vurdere depresjon og mestring i forhold til hjertesvikt. Tre uavhengige møttes for å vurdere, diskutere fag, tolke resultatene, sammenligne studier og diskutere anbefalinger. Konklusjoner: Ytterligere langsgående forskning på depresjon og mestringstrategier og beste behandlingstilbud for mestring og depresjon hos pasienter med hjertesvikt er nødvendig. Det var også nevnt at pasienter med hjertesvikt hadde problemer med daglige aktiviteter og resultatet ble økt stress og dårligere livskvalitet.

Ifølge studien til Belardinelli (2006) er aktivitet viktigere enn før antatt og trygt innen en viss struktur. Mange hjertesviktpasienter tror aktivitet kan være skadelig. Studien tar for seg 52 menn i alderen 50+ med kronisk hjertesvikt i klassen 2 og 3 som har fått implantert cardioverter defibrillator og trening i forhold til livskvalitet. Sykepleieren har en viktig rolle i å veilede pasientene i hvor mye aktivitet de kan være med på.

Quinn (2006) sitt studie er et pilotstudie som tester effektiviteten av lav-teknologiske tiltak som standard hjemme helsetjeneste utførelse for pasienter med hjertesvikt. Hensikten med studiet var å bruke lav-teknologisk utstyr for å forbedre omsorg for pasienter med hjertesvikt som bor hjemme. Studien varte i 9 uker og hjemmesykepleien var hovedfokuset der telefon og hjemmebesøk, læringsverktøy, digitale vekter og en loggbok fylt ut av pasienten selv. Konklusjonen var redusert innleggelse på sykehus, mindre symptomer på hjertesvikt og bedre livskvalitet.

Ifølge studiet til Karen (2000) blir hjemmesykepleie sett i sammenheng med lavere sykehusreinnleggelser for pasienter med hjertesvikt. Viktigheten for dokumentasjon blir også tatt opp.

Gott (2002) sitt studie tar for seg 542 mennesker som er 60 år eller eldre med hjertesvikt. Metoden er blant annet livskvalitetsforskning. (SF-36) Resultatet viser at faktorer som er med på å redusere livskvalitet som; å være kvinne, funksjonsklasse 3(NYHA), har symptomer på depresjon. Den viser også til at eldre pasienter hadde lavere livskvalitet. Konklusjonen er at livskvalitet blant eldre kan beskrives som komplisert og vanskelig. Spesielt for kvinner og de med høy NYHA- klasse og pasienter med depresjon. Denne informasjonen kan hjelpe sykepleiere som jobber med eldre mennesker til å identifisere de som er i risiko for redusert livskvalitet og sette inn tiltak deretter.

Ifølge Falk (2007) sitt studie gir en forklaring på fatigue blant hjertesvikt pasienter og sier at det er et vanlig symptom. Videre mener den konsekvensene av fatigue er unik for alle pasientene. Fatigue gir både mentale og psykiske komponenter og er relatert til stress og aktivitet.

Ifølge Ehrenberg(2003) sitt studie: Tar for seg eldre pasienter med hjertesvikt i hjemmesituasjon. Studien er fra dokumentasjon av 161 pasienter med kronisk hjertesvikt som var tatt fra hjemmesykepleie enheter.. Konklusjon var at guider burde være tilgjengelig for å utvikle god kommunebaserte helsetjenester for eldre pasienter med kronisk hjertesvikt.

Lou-Walker (2008) sitt studie tar for seg hjerteinfarkt og helsereelatert livskvalitet, jeg velger å ta den med allikevel for den tar for seg hjerteinfarkt over 3 års periode og konklusjonen er aktuell for hjertesvikt pasientene.

3.0 Teori

3.1 Innledning

I praksis kan alle hjertesykdommer gi hjertesvikt. Ofte er det en iskemisk hjertesykdom i bakgrunnen som et hjerteinfarkt som fører til svikten. Det er en økt del av befolkningen som lever med kronisk hjertesvikt på grunn av økt medisinbehandling. Som med andre kroniske sykdommer vil hjertesvikt føre til endringer i hverdagen med livsvarig medisinerer. Undersøkelser viser at omtrent 1-2 % av befolkningen til enhver tid lider av hjertesvikt. Og man regner med at rundt 100 000 mennesker har kronisk hjertesvikt. (Gullestad, 2006)

3.2 Hjertesvikt

Hjertesvikt betyr at den ene eller begge pumpemekanismene i hjertet svikter. Hjertesvikt oppstår når hjertet ikke lenger er i stand til å pumpe nok blod til å dekke oksygenbehovet ut fra kroppens metabolisme. Svikter pumpefunksjonen, blir sirkulasjonen påvirket på to måter. For det første blir det pumpet for lite ut av høyre og venstre ventrikkel (reduert minuttvolum). For det andre resulterer pumpevikt i en stuvning av blod i systemet bak pumpene (arteriene og det bakenforliggende kretsløp). Selv om pumpevikt i utgangspunktet som regel begynner i venstre hjertehalvdel, vil den etter en tid påvirke begge sider. (Almås 2005) Pasienten har altså vedvarende lavt minuttvolum; dermed vil den fysiske yteevnen bli dårlig samtidig som venetrykket blir for høyt, slik at det vil oppstå ødemer i beina.

Med utgangspunkt i pasientens symptombeskrivelse er det vanlig å dele hjertesvikt-pasienter inn i fire funksjonsklasser som fokuserer på hva pasienten klarer. Pasienter i klasse 1 har ikke symptomer som utmattelse og dyspne ved normal fysisk aktivitet. Pasienter i klassene 2 og 3 har symptomer ved henholdsvis moderat og lett fysisk aktivitet, mens klasse 4 har symptomer i hvile. (Wyller, 2006) Høyre og venstresidig hjertesvikt er en klassisk inndeling av hjertesvikt som man i dag tillegger mindre betydning. I følge denne tankegangen får en ødemer, ascites og leverstuvning når høyre ventrikkel svikter, mens når venstre ventrikkel svikter får en lungestuvning og lungeødem. I de fleste tilfeller foreligger svikt av begge ventrikler, idet venstre ventrikkelsvikt ofte fører til høyre

ventrikkelsvikt. Isolert høyresidig hjertesvikt ses ved primær eller sekundær pulmonal hypertensjon. (Gullestad, 2006)

3.2.1 Hjertesvikt symptomer

Fatigue

Fatigue er et vanlig symptom på pasienter med hjertesvikt. Konsekvensene og opplevelsen kan være forskjellig med de forskjellige pasientene. Den kroppslige kan være definert som mindre styrke og energi og trøtthet. (Falk, 2009) Når pasientens pumpefunksjon i den venstre hjertehalvdel svikter, blir pasienten generelt slapp og kraftløs. Denne slappheten er som regel tiltakende utover dagen og øker kraftig ved anstrengelser. (Almås, 2005)

Dyspne

Ved ødem i lungene vil væskeansamling i alveoler og luftveier nedsette lungens evne til å oksygenere blodet og dermed føre til respirasjonsbesvær. Pasienten vil få dyspne. (Almås, 2005) Dyspne kan også oversettes til åndenød og er vanligvis første tegn på kronisk hjertesvikt. Dyspne er den subjektive opplevelsen pasienten får av å ikke få nok luft. Dyspne oppstår ved anstrengelser alt ettersom hvor alvorlig svikten er. En har også orthopne som er dyspne ved liggende stilling og nattlig dyspne. Tiltagende dyspne kan være skremmende og føre til søvnmangel. (Gullestad, 2006)

Væskeopphopning og overvekt

Oppstår på grunn av nedsatt blodforsyning til nyrene. Urinproduksjonen avtar og væske hopper seg opp i kroppen. Dette viser seg først ved hevelse i bena (ødemer), men væske kan også samle seg i brysthulen eller bukhulen og gi opphav til tung pust, magesmerter, vektøkning og forstoppelse. (Gullestad, 2006) Høyresidig hjertesvikt vil føre til at det hopper seg opp blod i den venøse siden av det store kretsløp, som vil føre til ødemer. På grunn av tyngdeloven vil ødemene befinne seg i underekstremitetene. (Almås, 2005) Andre symptomer pasienten kan oppleve er: kjølige ekstremiteter, nedsatt matlyst, kvalme, nattlig vannlating, dårlig matlyst - vekttap, dårlig sirkulasjon som kan gi sår, hypotensjon, ødemer - vektøkning (Almås, 2005) (Gullestad, 2006)

Psykiske plager

Søvnvansker og angst forekommer hyppig hos pasienter med hjertesvikt. Nattlig dyspne og vannlating som vekker pasienten, kan være svært plagsomt. Bedre sviktbehandling kan hjelpe disse pasientene. (Gullestad, 2006) Dyspne kan også være en skremmende

opplevelse som kan gi angst depresjon (Almås, 2005) Pasienter opplever vandrivende medikamenter som begrensninger i livet. Ettersom det er viktig at medisin tas regelmessig. Den vandrivende effekten fører til tilsvarende toalettbesøk og virkningen vedvarer over flere timer med noe individuell variasjon. Ellers opplevde pasienter begrensninger i forhold til det å bevege seg. De opplevde å måtte tilpasse aktivitet ut fra generell matthet ut fra anginasmerter og tung pust. Begrensningene gikk ikke bare utover det fysiske plan men også det emosjonelle.(Melby, 2001)

3.2.2 Ikke-medikamentell behandling

Begrenset saltinntak er nyttig for å redusere ødemer. Strengt saltfattig diett brukes ikke. Pasientene bør unngå sterkt saltet mat og bør ikke bruke ekstra salt i matlagingen. Begrensning av drikkemengden er nyttig hos pasienter med alvorlig hjertesvikt og ødemer. Hos noen er ødemene så uttalte at de for eksempel kan ha vansker med å gå. Hvis helsepersonellet nøye forklarer prinsippet bak væskerestriksjonsbehandling, greier mange pasienter å gjennomføre dette i hjemmet med stort hell. Ofte må pasienten prøve seg litt frem for å finne den optimale kombinasjon av væskerestriksjon og vandrivende medikamenter.(Gullestad, 2006)

Daglig alkoholinntak og større enkeltinntak av alkohol frarådes hos hjertesviktpasienter. Alle hjertesviktpasienter bør slutte å røyke. Fysisk aktivitet er ønskelig ved alle grader av hjertesvikt. Det er viktig at aktivitetsnivået tilpasses den enkelte pasient. Fysisk aktivitet bedrer muskel gjennomblødningen slik at pasienten unngår muskelsvinn. Trening bedrer livskvaliteten. (Gullestad, 2006) Pasienter med alvorlig svikt vil ofte trenge hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Blant annet kan hjemmesykepleie være ønskelig for å administrere medisinbruken. (Gullestad, 2006)

3.2.3 Medikamentell behandling

Sykepleier har en viktig oppgave i tilknytning til administrering av legemidler og rapportere virkning og bivirkninger videre til lege. Behandling øker sjansene pasienten har til å overleve og demper symptomer ved hjertesvikt. Noen pasienter kan være lite motivert for å ta legemidler som er vandrivende, fordi det oppleves slitsomt å måtte gå så ofte på toalettet. (Kirkevold, 2008)

ACE-hemmere

ACE-hemmere er av gruppen vasodilaterende medikamenter som har i hensikt å utvide arteriene og eller venene. Dermed nedsatt perifer motstand og nedsatt blodtrykk. Dilatasjon av venene gjør at større del av blodvolumet "stuves" på venesiden og dermed reduserer venøs tilbakestrømming til hjertet. Som gir nedsatt minuttvolum og nedsatt blodtrykk. Generelt få bivirkninger i lave doser. Ellers er tretthet, kvalme, svimmelhet og hodepine vanlige. (Westad, 1998)

Betablokkere

Er også en vasodilaterende medisin. Disse medisinene reduserer hjertets arbeidsbelastning ved å senke hjertefrekvensen og blodmengden som pumpes ut ved hvert slag. Blokkerer adrenalinets effekt på hjertet slik at det blir lavere puls og nedsatt blodtrykk. Bivirkninger er muskeltretthet/slapphet, kalde hender og føtter, kvalme, svimmelhet. (Westad, 1998)

Diuretika

Øker utskillelsen av vann og salt gjennom nyrene, slik at urinproduksjonen blir større. Medikamentet øker utskillelsen av natrium og vann fra kroppen via nyrene slik at ødemer reduseres. Slik reduseres venøs tilbakestrøm til hjertet, minuttvolumet reduseres og dermed blodtrykket. Viktigste bivirkninger: Elektrolyttforstyrrelser som hypokalemi, nedsatt opptak av glukose og hypotensjon. God nyrefunksjon er viktig forutsetning for bruk bortsett fra loop-diuretika. (Westad, 1998)

Digitalis

Øker hjertes kontraktilitet uten at hjertes oksygenbehov øker og senker hjertefrekvensen. Det er liten forskjell i plasmakonsentrasjonen for terapeutisk virkning og til den plasmakonsentrasjonen som fører til forgiftning. Samt store individuelle forskjeller. De fleste bivirkningene skyldes overdosering. (Westad, 1998)

3.3 Kronisk sykdom

Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonsvikt. (Gjengedal og Hanestad, 2007) Stadig streben etter et normalt liv ses ofte som et gjennomgående mønster ved kronisk syke. (Gjengedal og Hanestad, 2007) Tidligere

forskning om pasienters erfaring om å leve med kronisk sykdom, viser at kronisk sykdom har en kurs som består av faser der sykdommen forverres, bedres eller stabiliseres og at kursen kan påvirkes av pasienten selv, viktige andre og helsepersonell. I disse fasene opplever de kronisk syke tap og lidelser i form av plager som for eksempel fatigue. (Heggdal, 2003) Begrensninger i fysisk kapasitet er vanlig og medfører problemer med å gjennomføre dagliglivets aktiviteter, fritidsaktiviteter og arbeid. Forskningsarbeidene viser at det å være kronisk syk også er en stor utfordring i forhold til å håndtere behandlingsregimer, håndtere endret kropp og håndtere relasjoner. (Heggdal, 2003)

3.4 Benner og Wrubel Sykepleieteori

Jeg har valgt Brenner og Wrubels sykepleieteorier med boken "Omsorgens betydning i sykepleie" der de presenterer sykepleieteori, hvor omsorg beskrives som grunnlaget for alt menneskelig liv og dermed også sykepleie. En av bokens grunnsetninger er omsorg. Omsorg er den essensielle forutsetning for mestring. Brenner og Wrubel mener også at omsorg er primærkilden til håndtering av stress og mestring i menneskets opplevelse av sunnhet og sykdom. Boken er fenomenologisk.

Brenner og Wrubels sykepleietenkning lar seg vanskelig inndele i strukturelle og funksjonelle komponenter, i og med at det ikke dreier seg om en sykepleiemodell med klart definerte begreper i en entydig relasjon til hverandre. Deres sykepleietenkning er tvert imot en kritikk av slike modeller. Men også Brenner og Wrubel ser klare sammenhenger mellom visse begreper som stress, mestring, sykdom, helse og opplevelse av velvære. (Kristoffersen, 2002)

3.4.1 Benner og Wrubels menneskesyn

Benner og Wrubels menneskesyn kjennetegnes ved at mennesket lever i en verden, og ved at det forholder seg til verden på en meningsfull måte. Mennesket kan ikke forstås isolert fra den sammenhengen det inngår i, og det utvikler seg, og utvikles, i sitt forhold til faktorer i omgivelsene. Lidelsesbegrepet er sentralt, Lidelse er den menneskelige opplevelse av tap eller feilfunksjon, mens sykdom er manifestert på celle-, vev- eller organnivå. Sykdom er den menneskelige erfaring, påvirker lidelse gjennom et meningsfylt klima av håp, frykt, fortvilelse og fornektelse, og lidelse kan endre opplevelse av sykdommen gjennom direkte påvirkning via nevroendokrine og andre kroppslige

forandringer. (Benner og Wrubel, 1989) Videre har man 4 kjennetegn som er viktig i deres teori om mennesket:

Kroppslig intelligens betyr at vi skal se psyke og kropp som en helhet eller mennesket som en helhet. Kroppslig intelligens er involvert i et bredt spekter av aktiviteter, fra gjenkjennelse av velkjente ansikter og objekter og integrert gjenkjennelse av våre tidligere opplevelser, til å bevare kroppsholdningen og bevege oss fysisk uten å tenke over det. Utviklingsmessig har vi en iboende evne til å være i verden og kroppens sanser og følelser utvikler seg hele livet. Kroppen kan reagere på situasjoner og kan ved hjelp av kroppslig erfaring kjenne igjen symptomer. (Brenner og Wrubel, 1989)

Bakenforliggende mening er den neste, den er verken subjektiv eller proporsjonal. Det er den kulturen du er født med. Det er en felles offentlig forståelse av det eksisterende. Vår bakgrunnsforståelse er ikke en ting i seg selv, det er snarere en måte å forstå verden på. Bakgrunnsforståelsen er levert av den kulturen, subkulturen og familien en person tilhører. (Brenner og Wrubel, 1989)

Concern – å bry seg om, det betyr at mennesker har ting som betyr noe og at vi bekymrer oss for det. Dermed blir vi involvert i verden. Den kroppslige intelligensen og bakenforliggende meningen gjør at vi kan forstå verden og leve i den. Concern går med på hvorfor vi er involvert i den. (Brenner og Wrubel, 1989)

Situasjonen vil si at vi at vi bebor verden på involvert vis. Med bakgrunn i de tre andre fasene oppfatter og involverer mennesket seg i situasjoner direkte, ut fra hvilken mening situasjonene har for en. Ulike personers opplevelse av samme situasjon vil kunne være svært forskjellig. Kroppslig intelligens, personlige, sosiale, historiske og kulturelle bakgrunnsforståelser, opplevelse av mening, grad av involvering og andre karakteristika vil influere på hvordan en opplever en bestemt situasjon. (Gjengedal og Hanestad, 2004)

3.4.2 Benner og Wrubels syn på stress og mestring

Stress er definert som forstyrrelsen av meninger, forståelse og normal funksjon, med opplevelse av skade, tap eller utfordring som følge, og der kreves sorg, fortolkning eller tilværelse av nye ferdigheter. De tidligere arbeidene om stress fokuserte på drøftelser om hvorvidt det var begivenheten eller personens respons på den, som var stressende.

Stress er et resultat av personens vurdering av sin relasjon til situasjonen og sin evne til å tilpasse seg den. Stress er personens opplevelse av livet når livet kjørt skjevt. Stress betraktes som en tilstand som ikke alltid kan unngås og heller ikke kureres. Snarere er stress et resultat av å leve i verden hvor ting betyr noe for en. Dermed kan ikke sykepleieren kurere stress ved en alvorlig katastrofe eller ulykke. Derimot kan en være med å lindre sorgen. Dette ses ut fra det fenomenologiske menneskesynet der mennesker ikke kan tre ut av sin historie. Personen utgjør og utgjøres av sine egne opplevelser og erfaringer. Man kan bli fri for sykdommen, men ikke av opplevelsen av sykdommen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med forming av sykdomsopplevelsen gjennom veiledning, fortolkning og trening.

Mestring er det man stiller opp med mot forstyrrelsene stress gir. Fenomenologien setter fokus på at personer former og formes av meninger/betydninger. Bekymringer, bakgrunnsbetydninger, ferdighet og vaner definerer hva som er stressende og for hvilke muligheter det er for mestring. Mestring er ikke en motgift mot stress. Så snart vi forstår personen som et aktivt deltagende selv, som både former og formes av relasjoner, blir vi i stand til å se kroppens, situasjonens og de personlige anliggenhetenes rolle i stress og mestringsprosessene.

3.4.3 Sykepleierens rolle med stress og mestring

Benner og Wrubel mener det overordnede mål for sykepleien er å hjelpe og styrke den andre til å bli hva hun eller han ønsker å være. For å oppnå dette må pasienten oppleve at sykepleieren er omsorgsfull. Å bry seg om er omsorg, og uten omsorg kan man verken lege eller lindre. (Benner og Wrubel, 1989) Sykdomsopplevelsen henger sammen med tapt eller nedsatt funksjon, og er alltid reell uansett om man finner en diagnose eller ikke. Sykepleiefokus er pasientens opplevelse av sykdommen; hvilken mening og hvilke konsekvenser sykdommen har for pasientens liv på alle måter; mentalt, kroppslig og sosialt. Dette kan for eksempel komme til uttrykk gjennom håp, frykt, fortvilelse eller fornektelse. Det gjelder enten vi skal hjelpe pasienten til å bli frisk eller målet er å lindre lidelsen. Sykepleieren vil finne seg i en rolle der en kan hjelpe pasienten og håndtere stress. (Benner og Wrubel, 1989)

3.5 Livskvalitet

3.5.1 Teori om livskvalitet

Begrepet livskvalitet kan oppfattes og vurderes forskjellig fra person til person. Livskvalitet er et flerdimensjonalt og multifaktorielt begrep og ivaretar et helhetsperspektiv. Siden livet består av mange dimensjoner må livskvalitet også gjøre det. Men dette har gjort det vanskelig å enes om en definisjon av begrepet. Forskjellige synspunkter på hva begrepet inneholder kan skyldes at ulike fagområder relaterer begrepet til sitt spesielle ståsted. (Gjengedal og Hanestad, 2007)

Fire kriterier for livskvalitet er ifølge Siri Næss at man er aktiv, at man har samhørighet med andre, at man har selvfølelse og at man har en grunnstemning av glede eller lykke. Jo mer intenst en person opplever disse fasene, jo bedre livskvalitet har personen. Videre mener hun at det og ”ha det godt” er et synonym med livskvalitet. (Næss, 2001)

Aktiv

”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen er aktiv, det vil si har appetitt og livslust, interesserer seg for, engasjerer seg i og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring og oppleves som meningsfullt.” (Næss, 2001)

Sosiale relasjoner

”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske.” (Næss, 2001)

Selvbilde, selvfølelse

”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har selvfølelse, det vil si selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, er sikker på egne evner og dyktighet, har en følelse av å mestre, av å være nyttig, akseptere seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse og lever opp til egne standarder.” (Næss, 2001)

Grunnstemning

”En person har høy livskvalitet i jo høyere grad personen har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet,

ubehag og smerte; har en grunnstemning av harmoni, fravær av uro, bekymring, angst; har rike og intense opplevelser av skjønnhet, er åpen og mottakelig, ikke avstengt overfor den ytre verden.” (Næss, 2001)

Vi kan si at livskvalitet er blitt et erfaringsnært begrep som blir benyttet av personer for og naturlig uttrykke hva de selv føler om seg og sin situasjon (Wahl og Hanestad, 2004)

3.5.2 Helsereelatert livskvalitet

I sykepleieforskningen har definisjoner og operasjonalisering av livskvalitet vært knyttet til psykologisk velvære, fysisk velvære, sosial og mellommenneskelig velvære og økonomisk og materielt velvære. Helsereelatert livskvalitet som begrep brukes i økende grad for å avgrense den delen av livskvalitet som knyttes til helse og sykdom, til forskjell fra perspektivene i levekårsforskningen. (Gjengedal og Hanestad, 2007)

Helsereelatert livskvalitet har et pasientperspektiv ved at det er pasientens opplevelse som vektlegges og en større rekkevidde innen områder i livet. Helsereelatert livskvalitet er bare en del av livskvalitet som en helhet og innebærer fysisk og psykisk funksjon (Bowling, 2001) Helsereelatert livskvalitet har til hensikt å skille mellom livskvalitet generelt sett og de aspekter ved livskvaliteten som er relevant for helse og helsetjenesten. Det finnes flere definisjoner på helsereelatert livskvalitet. (Wahl og Hanestad, 2004)

Innenfor området knyttet til helsereelatert livskvalitet er det personens opplevelse av generelle helseforhold det fokuseres på. Begrepet helsestatus og helsereelatert livskvalitet står her sentralt. Sammen med global livskvalitet, som går mer på livskvalitet som et fenomen. Der tilfredshet, lykke, mening eller realisering av mål knyttet til livet som en helhet. En siste kategori er det ”spesifikke” området som omfatter personens opplevelse av forhold knyttet til spesifikke plager eller sykdommer. Disse tre områdene virker gjensidig inn på hverandre og inkluderer multidimensjonale forhold (fysiske, psykiske, sosiale, åndelige, økonomiske og materielle). (Wahl og Hanestad, 2004)

Ved helsereelatert livskvalitet er det viktig med kunnskap om tilfredshet, funksjon og uførhet knyttet til fysiske, psykiske og sosiale områder i livet. WHO's definisjon av helse kan være et alternativt valg som definerer helse. Helse som ikke bare er fravær fra sykdom,

men som er en tilstand av fysisk, psykisk og sosial velbefinnendet. (Wahl og Hanestad, 2004)

3.5.3 Livskvalitet og kronisk sykdom

Ved kronisk sykdom må man leve med tilstander som ikke kan helbredes, og en kan ha redusert mulighet til å få utført oppgaver eller gjøremål som var viktige før man ble syk. Helse og funksjonsnivået kan være viktig for livskvaliteten, men som også Nordenfelt (1991) hevder, verken nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for god livskvalitet eller en meningsfull tilværelse (Gjengedal og Hanestad 2007) De fleste eldre rammes av kronisk sykdom, og det er viktig for livskvaliteten i eldre år om en klarer å justere sine prioriteringer i henhold til funksjonsevnen, for eksempel den glade turgjenger som utvikler alvorlig hjertesvikt etter et hjerteinfarkt, men som da begynner å oppleve stor glede ved lesing av bøker eller samvær med barnebarn. Helse, spesielt kronisk sykdom og kanskje spesielt smerter, må likevel anses å være fundament for livskvaliteten (Laake, 2003)

3.6 Stress og mestring

Mestring innebærer å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også løse de vanskelighetene man står ovenfor. Det finnes ingen enhetlig definisjon på mestringsbegrepet og mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Mestring kan også sies å være en generell betegnelse på mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser. (Gjengedal og Hanestad 2007)

Stress betyr psykisk eller legemlig overbelastning. Ordet assosieres gjerne til noe negativt; stress er noe som kan gjøre en syk. Det er skille mellom 3 ulike tilnæringsmetoder; Stress som stimuli; stressbegrepet oppfattes som en ytre kraft som virker på et materiale og eventuelt skaper endring. Stress som respons; stress som en individuell respons eller reaksjon på en hendelse. stress som transaksjon; Dette perspektivet viser til at stress oppstår som følge av en transaksjon eller et møte mellom individ og miljø. Faktorer som karakteriserer både individet og miljøet bestemmer om en i en gitt situasjon opplever stress eller ikke. Stress er en relasjon mellom person- og miljø-faktorer. For at stress skal oppstå, må personen vurdere situasjonens krav til å overskride hans ressurser og true hans velvære. (Gjengedal og Hanestad 2007)

3.6.1 Stress og mestring ved kronisk sykdom

Mens en del kroniske sykdommer er av slik karakter at de medfører forverring av tilstanden fram til pasienten dør, er andre av en slik natur at pasienten dør med sykdommen og ikke av den. Sykepleieren Juliet Corbin og sosiologen Anselm Strauss har på bakgrunn av forskning om ulike kroniske sykdommer konkludert med at sykdoms-progresjonen kan illustreres ved ulike faser den kroniske syke gjennomgår. Selv om ulike lidelser har ulikt forløp, karakteriseres de fleste av svingninger med både gode og dårlige perioder. Et viktig trekk som fremheves er at sykdomsutviklingen til dels avhenger av hvordan det enkelte individ lærer å leve med eller mestrer sin situasjon, og av hvilke ressurser en har for mestring. Faktorer som kan oppleves belastende eller stressende for den som har en kronisk sykdom, må den enkelte ofte mestre å lære seg å leve med for å få best mulig livskvalitet til tross for sykdommen. (Gjengedal og Hanestad, 2007)

”Empowering” blir av sykepleiere benyttet som en sentral strategi for å bidra til mestring av stress ved kroniske sykdommer, fordi en vesentlig oppgave er å bidra til at pasientene utvikler krefter, kunnskap og vilje til og selv mestre og få kontroll over sin sykdom. For å kunne mestre de krav en stilles ovenfor, er ens ressurser sentrale. (Eide og Eide 2002)

Sykepleie til kronisk syke kan bidra til mestring av sykdomstress på flere måter. For det første er det viktig å kjenne til generelle faktorer som kan bidra til opplevelse av stress, og å kjenne til ulike måter å mestre stress på. Videre vil det være viktig å få kjenneskap til og være ydmyk i forhold til de individuelle aspektene omkring stress og mestring. (Gjengedal og Hanestad, 2007)

3.7 Sykepleie i hjemmet

Jeg vil fokusere litt på hva hjemmesykepleie er og mener det er viktig at sykepleierne har grunn tankene bak hjemmesykepleie i bakhodet når sykepleiere er ute til pasienter med nettopp hjertesvikt. Hjemmesykepleie er en generell og omfattende sykepleietjeneste med forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/eller lindrende funksjoner (WHO, 1994) Målgruppa er ikke avgrensa av diagnose, alder eller grad av helsesvikt. Ofte har brukeren behov over lengre tid. (Solheim, 2004) Pleieren må verken overvurdere eller undervurdere evnen pasienten har til mestring og egenomsorg. På de områdene det er mulig, må pleieren

prøve å styrke evnen pasienten har til å greie seg selv. Men det er bare en del av målsettingen. Målet er at pasienten skal ha en god her-og-nå situasjon. (Solheim, 2004)

Når vi som helsearbeidere kommer inn i hjemmet til pasienten, krysser vi grensen mellom det private og det offentlige samfunn. Hjemmesykepleien går inn på det enkelte menneskes territorium i en sårbar fase av livet. (Solheim, 2004)

Hjemmesituasjonen vil endre seg for hjertesviktpasienten. Hjemmet er ikke bare en praktisk bosted der vi bor men også et symbol for svært mye av det som er viktig for oss. Hjemmet er som regel et symbol på trygghet og nærhet og et fast punkt i tilværelsen. Det er vesentlig at hjemmesykepleieren bidrar til at hjemmet fremdeles kan ha disse verdiene. (Solheim, 2004)

En pasient med hjertesvikt har rett på hjemmesykepleie ifølge kommunehelsetjenesteloven.

”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg”.(<http://www.lovdatab.no/all/til-19821119-066-002.html>)

Videre gjelder forvaltningsloven om behandling av vedtak for hjemmesykepleie. Søknad blir vurdert på faglig og juridisk grunnlag. (Kirkevold, 2008) Når et vedtak om hjemmesykepleie er innvilget, skal sykepleier iverksette de tiltak og aktiviteter som vedtaket angir. Når brukeren har akseptert enkeltvedtakets innhold, er det opp til han selv og hjemmesykepleien i felleskap å legge forholdene til rette slik at tjenesten kan utføre de oppgavene som han har rettmessig krav på. (Solheim, 2004)

Besøket i hjemmet bør starte med en samtale om hvordan brukeren har det, før sykepleieren informerer om hva som skal gjøres. Denne retten til å vite hva som skjer, gir brukeren mulighet til og selv vurdere sin situasjon. Tillit er ikke noe man som helsepersonell uten videre har eller får. Men ved å bli kjent med mennesket bak brukerrollen vil det kunne lette samarbeidet. Det er en kunst å trenge seg på uten å være påtrengende. (Solheim, 2004) For sykepleieren er det en viktig egenskap å være fullt til stede under besøket. I dette ligger at han har tid til å snakke med, lytte til og vise brukeren interesse. I en arbeidsdag med mange gjøremål er det nødvendig å trene seg opp til å bruke tiden effektivt. (Solheim, 2004)

3.7.1 Sykepleie til kronisk syke i hjemmet

Hjemmet og dagliglivet er sentrale arenaer for takling av livslang sykdom. I familie og hjemmekontekst er det viktig å etablere og holde ved like arrangement for å gjøre sykdomsarbeid mest mulig effektivt. Flere typer hjelp og støtte må etableres, organiseres og koordineres. Gamles behov for hjelp vil øke etter hvert som symptomene tiltar og kreftene svinner. Sykepleierens rolle blir da gradvis mer kompensierende. I denne prosessen blir det viktig både å ivareta pasientens grunnleggende behov, styrke ressursene hans og å avlaste slik at han kan bruke kreftene til aktiviteter som oppleves meningsfulle og bidrar til god livskvalitet. (Kirkevold, 2008) Om hjemmesykepleie til eldre

”Helsefremmende arbeid blant eldre i hjemmesykepleien er av stor betydning for eldres opplevelse av livskvalitet og følelse av en meningsfull tilværelse på tross av sykdommer og funksjonssvikt.” (Kirkevold, 2008)

Når den kronisk syke er hjemme må det skje et samarbeid mellom tre typer arbeid: Å håndtere sykdommen, det daglige arbeidet med å holde et hushold og aktivitetene, biografisk arbeid – arbeid knyttet til sin egen identitet og egen rolle. Godt fungerende dagliglivsarbeid bidrar gjerne til at sykdommen håndteres bedre, og gir gode impulser til det biografiske arbeidet. På samme måte virker det biografiske arbeidet inn på motivasjon i dagliglivsarbeidet og i det mer direkte sykdomsrelaterte arbeidet. en grunnleggende mestringstrategi for de aller fleste er normalisering – i egen livsstil og i interaksjoner med andre, trass i symptom, funksjonsreduksjon og behandling. Det å være hjemme bygger opp under dette. Å leve et mest mulig vanlig dagligliv hjemme, med den kontinuiteten i livet og det ansvaret og det arbeidet dette fører med seg, er i seg selv identitetsbevarende. Den viktigste hjelpen hjemmesykepleieren kan gi i det biografiske arbeidet, er det at han sammen med resten av hjelpetjenesten bidrar til at pasienten kan bo i eget hjem. I et strev mot normalisering har pasienten ofte dårlig selvbilde og de kan være lett å såre og kan ofte ta ting imot seg som negativt. Pasienten er derfor avhengig av mer positiv tilbakemelding nå en før han var syk. (Solheim, 2004)

4.0 Drøfting

4.1 Sykepleietilnærming/menneskesyn

Ifølge Benner og Wrubel (1989) sitt menneskesyn ser vi hjertesvikt-pasienten som helhet. Det er like viktig å fokusere på hans opplevelse av sykdommen som det patologiske. Det er viktig at pasientens symptomer er i fokus. Det kan være pasienten sin tolkning av sin helse og pasientens tolkning av sin hjemmesituasjon. Benner og Wrubel (1989) legger også vekt på en fenomenologisk virkelighetsforståelse som innebærer at mennesket forholder seg og lever i verden på en meningsfull måte. Mennesket utvikler seg til faktorer i omgivelsene og kan ikke forstås isolert fra den sammenhengen de lever i. Det går ut på å se hjertesviktpasienten som helhet.

Benner og Wrubel (1989) har kroppslig intelligens og bakenforliggende mening, det å bry seg-concern og situasjonen som utgangspunkt for deres menneskesyn. Pasienter med hjertesvikt må ha omsorg og for å kunne gi det må man gå inn i den enkeltes livsverden. Det er hva den enkelte pasient føler som blir viktig for at sykepleieren kan gi den nødvendige omsorg. Pasienten må ses i sin situasjon, altså fra sitt ståsted i hjemmet og her kan pasientens bakenforliggende mening prege pasientens måte å takle sykdommen på. Den bakenforliggende meningen er kunnskap om hvordan pasientens kultur er, hvordan hans opplevelse av og det å leve med sykdom er og hvordan pasienten ser symbolsk på ha sykdom i hjemmet. Den bakenforliggende meningen kan også komme i konflikt hvis sykepleieren ikke har den samme opprinnelsen eller forståelsen som pasienten. Pasient og sykepleier kan ha forskjellige meninger om hvordan en kan leve i hjemmet med hjertesvikt. Det Benner og Wrubel (1989) vil med sitt menneskesyn da er at sykepleier skal prøve å sette seg inn i pasienten sin situasjon, og det er altså avgjørende for at god omsorg blir til.

Ifølge Gullestad (2006) er dyspne den subjektive opplevelsen hjertesviktpasienter har og hvis pasienten sin oppfatning av dyspne og sykepleieren sin oppfatning ikke er lik, kan resultatet føre til dårlig omsorg. Så sykepleier må gi omsorg ut ifra egne fortolkninger av pasientens opplevelse av det å leve med hjertesvikt i hjemmet.

Eldre pasienter har også kroppslig intelligens igjennom flere år med sykdom. En kronisk sykdom som hjertesvikt har gjort at pasienten kan kjenne igjen symptomer og hvordan det

føles med forverring av dyspne eller fatigue. Disse faktorene må sykepleier kjenne igjen og tolke. Noe sykepleiere ifølge Benner og Wrubel(1989) gjør igjennom erfaring med hjemmesykepleie til hjertesviktpasienter i klasse 2,3 og erfarne sykepleiere. Ifølge Benner og Wrubel er den bakenforliggende meningen og kroppslige intelligensen til en hjertesvikt- pasient ikke tilstrekkelig når en pasient ikke klarer å opprettholde de aktivitetene en gjorde i hjemmet før. Da må sykepleier hjelpe til å finne mening i den nye situasjonen, situasjonen som kan både være fysisk og psykisk belastet. Den kroppslige intelligensen gjør at personen har fungert ubesværlig i hjemmet før og har klart de aktiviteter som det forventes av han. En ny og annerledes kroppslig viten vil nå bli til og sykepleier må hjelpe til å finne mening i den nye situasjonen.

Begrensninger i hjemmesituasjonen som ifølge Melby (2001) kan være vanndrivende medikamenter og at en ikke klarer de samme aktivitetene som før, kan også gå utover den kroppslige viten. Ifølge Benner og Wrubel (1989) er begrensinger det som kan true pasienten. Som en helhet med de 4 fasene til Benner og Wrubel, kan en se at en pasient med hjertesvikt klasse 2,3 at sykdommen ikke er noe som kom plutselig og derfor pasienten har noe kunnskap om sin situasjon. Uansett så vil den nye situasjonen med forverrede symptomer bidra til at mestring blir truet og at sykepleieren må vite om situasjonen pasienten er i nå og utforske den kulturelle historien og høre hvordan situasjonen til pasienten er nå. Når pasienten ikke takler sin situasjon, blir det brudd i mening med tilværelsen ifølge Benner og Wrubel (1989)

4.2 Mestring av stress

For å oppnå mening vil det være nødvendig at hjemmesykepleieren har kunnskap om mestring og stress. Dette vil en se igjennom at pasienter med hjertesvikt vil oppleve stress i forhold til sine symptomer og begrensninger. Benner og Wrubel (1989) mener stress er det sykepleieren må hjelpe pasienten å håndtere. Pasienten kan oppleve stress i forbindelse med at en ikke klarer de samme tingene som før på grunn av dyspne, fatigue. Ifølge Karoliussen (2006) er det viktig å redusere stress når pasienter sliter med dyspne. Stress-reduksjon er en av de viktigste mulighetene sykepleieren har når det gjelder å dempe oksygenbehovet hos pasienter med for eksempel dyspne. Pasienter med dyspne kan trenge psykisk støtte og oppmuntring i en stressituasjon til å holde seg oppe.

Igjennom omsorg mener Benner og Wrubel (1989) at sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre stress. Sykepleieren som kjenner pasienten og vet hvordan pasientens opplevelse av å ha problemer med tungpust i forbindelse med å hente posten eller lignende, kan hjelpe han. Gjengedal og Hanestad (2007) mener at stress er psykelig eller legemlig overbelastning. Altså at sykdom og de nye eller utviklede symptomene på hjertesvikt vil gi stress og følelsen av og ikke klare å gjøre det samme i hjemmesituasjon vil gi psykisk og legemlig overbelast. Dette kan gi utslag i depresjon og angst.

Pasienten vil også oppleve stress i forhold til miljøet han lever i. Benner og Wrubel (1989) legger vekt på at stress er forstyrrelse av det som gir mening i hverdagen, som pasienten som liker å gå lange turer. Eller pasienten som mister funksjonsevnen sin i større eller mindre grad og hjertesviktpasienten som opplever tap av energi, tap av forutsigbarhet og tap av å leve det livet en har levd før i like høy grad som før. Når pasienten opplever stress mener Benner og Wrubel(1989) at hjemmesykepleieren må hjelpe pasienten med sorgarbeidet, gi forklaring på hvordan en kan klare å leve et normalisert liv i hjemmet og hvordan han kan takle sykdommen sin. Det kan være å ta medisiner til rett tid og vektmåling i forhold til ødem. Igjennom veiledning og aktiv læring kan pasienten lære å mestre stress.

Ifølge Gjengedal og Hanestad (2007) vil pasienter med kronisk hjertesvikt ha svingninger med gode og dårligere perioder. Det som er viktig for sykdomsutviklingen er hvordan pasienten lærer å leve med eller mestre hjertesviktsymptomene og hvilke ressurser en har i hjemmet for mestring. Eide og Eide(2002) mener at empowerment kan være viktig for mestring hos hjertesviktpasienter. Det handler om at pasienten tar tak i sine symptomer og utvikler krefter til å mestre dem og få kontroll over symptomene. Et eksempel kan være pasienten som lærer seg å veie seg daglig for å se på utviklingen av ødem og administrere sin medisin i forhold til det. Så hvis en sykepleier klarer å hjelpe en pasient til det, vil pasienten være mer aktiv i sin situasjon og mestre den bedre. Ifølge Gjengedal og Hanestad(2007) vil kronisk hjertesvikt pasienter ha behov for omsorg for å klare mestre hjemmesituasjonen.

Sykepleieren må finne seg en rolle der en kan hjelpe pasienten og håndtere stress ifølge Benner og Wrubel (1989) For stress betraktes som en tilstand som ikke kan unngås og heller ikke kureres. Snarere er stress et resultat av å leve i verden hvor ting betyr noe for

en. Det kan ses som da hjertesviktpasienter får begrensinger i hverdagen ved for eksempel dyspne og medisiner. Videre mener Benner og Wrubel (1989) at sykepleieren derfor ikke kan kurere stress ved et hjertesvikt i gruppe 2-3, men sykepleieren kan være med å lindre sorgen og bidra til mestring. Sykepleieren må hjelpe pasienten å finne mening. Når pasienten finner mening i sin nye hjemmesituasjon, kan pasienten begynne å mestre sine symptomer på hjertesvikt. Det finnes heller ingen ideell fasit på mestring, men det må føles riktig for pasienten. Når pasienten tilegner seg nye mestringsstrategier vil en oppleve å ha bedre kontroll og oversikt når en møter vanskelige situasjoner. Benner og Wrubel (1989) sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre stress ved å utvikle kunnskap og innsikt, motivasjon og vilje til selv å mestre å få kontroll over sin sykdom. Det kan sykepleieren gjøre med hensiktsmessige tiltak.

4.3 Livskvalitet

4.3.1 Helsereelatert livskvalitet

Pasienter med hjertesvikt i grad 2 eller 3 kan få innskrenket sin helsereelaterte livskvalitet. Det er fordi dem kan ha mange fysiske og psykiske symptomer. Ifølge Almås (2005) blir hjertesvikt pasienten generelt slapp og kraftløs. Ifølge Gullestad (2006) kan også pasienten og få dyspne ved hvile og har problemer med nattlig vannlating. Ellers er væskeopphopning vanlig og gir utslag som ødemer og økt vekt. Ifølge Almås (2005) og Gullestad (2006) er det også psykiske faktorer ved å ha hjertesvikt. Dette kan være søvnvansker og angst. Samt at dyspne kan være skremmende og kan gi angst. Kronisk hjertesvikt kan også føre til depresjon. Pasienten som bor hjemme kan bli redd vis han får en skremmende nattlig opplevelse med dyspne og har da ikke et profesjonelt hjelpeapparat på stedet. Videre kan medikamenter gi bivirkninger og ifølge Kirkevold(2008) kan diuretika gi plager med hyppig vannlating for hjertesviktpasienter. Ifølge studiet til Ehrenberg m.fl(2004) er ofte reinleggelser sett isammenheng med at pasienter ikke tar sin medisin. Det kan være fordi dem synes de har plagsomme bivirkninger.

Altså kan en se de fysiske og psykiske symptomene sammen eller hver for seg. Hva er helsereelatert livskvalitet for mennesker med hjertesvikt, og hvorfor jeg som sykepleier synes det er viktig å ha forståelse for dette, finner jeg i litteraturen. Når en ikke klarer å gjøre de tingene som ga livsglede før, kan resultatet bli nedsatt livskvalitet. Det kan være

at pasienten ikke klarer de aktivitetene en har hatt glede med før i hjemmet. Da vil en få nedsatt fysisk helserelatert livskvalitet. Ifølge Gjengedal og Hanestad (2007) er helserelatert livskvalitet blant annet knyttet til psykologisk velvære, fysisk velvære. Den helserelaterte livskvaliteten vil altså gå på de symptomene hjertesvikt pasienten vil ha. Ifølge WHO's definisjon kan helse være et alternativt valg som definerer helse. Helse som ikke bare er fravær fra sykdom, men som er en tilstand av fysisk, psykisk velbefinnende. Videre kan jeg se at ifølge Bowling (2005) har helserelatert livskvalitet et pasientperspektiv med at pasientens opplevelse vektlegges.

I forskningen om helserelatert livskvalitet der Sf-36 er brukt finner jeg disse resultatene: I studien til Brostrøm (2004) fant de at et av de største problemene til hjertesviktpasienter var å falle i søvn og opprettholde søvn igjennom natten. Totalt var det 21 % av de 223 pasientene som hadde problemer med at de var trøtte om dagen. De som slet med søvnen hadde større problemer med den helserelaterte livskvaliteten. Det er da altså viktig at sykepleieren har et holistisk syn på pasienten der de prøver å finne ut hvorfor og hvordan en kan behandle søvnproblematikk. Intervensjoner mot søvnforstyrrelser bør derfor fokusere både på medisinsk samt atferdsdata aspekter, det vil si angst og tanker i forhold til søvnsituasjonen. Ifølge studien til Holst (2007) har hjertesviktpasienter svekket helserelatert livskvalitet. Og den legger vekt på at tørste er et problem for svikt-pasienten. Det er ofte en drikke-begrensning på 1,5-2 l dagen. Studien viser til at klinisk stabile kronisk hjertesviktpasienter kan drikke mer og det kan være nyttig for å øke den helserelaterte livskvaliteten. Ifølge Lau-Walker (2008) sin studie står det i konklusjonen at pasienter som hadde en lavere frekvens av symptomer og en større følelse av kontroll av deres sykdom, hadde bedre fysisk og mental livskvalitet tre år etter de ble utskrevet fra sykehuset. Intervensjoner/tiltak som hadde kontinuerlig tilsyn med pasienter og deres oppfattelse av symptomer og deres følelse av kontroll, var sannsynligvis med å fremme pasientenes livskvalitet i det lange løp. Studien foreslår det at pasientens fornemmelse av symptomer, noe som også Benner og Wrubler(1989) legger vekt på. Pasientens fornemmelse av hjertesvikt symptomene er det viktigste lidelsessynet og bestanddelen i det å takle kronisk hjertesykdom og for å forbedre livskvalitet over lang tid. Noe som også sies i forskningen om helserelatert livskvalitet.

Ifølge studien til Harrison (2002) er overgangen fra sykehus til hjemmet viktig for den helserelaterte livskvaliteten. Der det ble brukt en modell for "Transitionial care" som går

ut på bedre samarbeid med sykehus, hjemmesykepleie og pasienten. Denne metoden innbærer et læreverktoy/bøker og telefonkontakt som skiller seg ut fra den tradisjonelle overgangen. Hjemmesykepleieren følger opp pasienten tettere og kan dermed bidra til at hjertesviktpasienter opplever høyre helse relatert livskvalitet.

Studien viser behovet for at sykepleier følger opp pasienten med så dem kan mestre sykdommen og få økt livskvalitet. Ifølge Studien til Suwanno (2009) viser til at et egenomsorgsprogram er nødvendig for hjemmeboende pasienter. Kunnskap om hjertesvikt, symptomer, og å håndtere svikten selv, er et viktig første steg i å forbedre selvhjelp. Sykepleier kan gå inn og hjelpe pasienten sin egenomsorg ved å guide dem til lavsalt dietter, treningsprogram, kontrollere vekt slik at dem fikk bedre helse relatert livskvalitet.

Den psykiske delen av helse relatert livskvalitet går mye i sammenheng med skremmende opplevelser i forhold til dyspne. Ifølge Almås (2005) kan dyspne være en skremmende opplevelse og gi depresjon og angst. Ifra studiet til Allmann (2009) står det at studier om mestring og depresjon er nødvendig og at mestringstrategier hjertesviktpasienter har, kan være avhengig for deres fremtid. Tilpasset mestring som aktiv mestring, akseptering og planlegging viste tendenser til å være mer brukt pasienter og dem mindre depresjon. Imens mestring som fornektelse og uengasjement hadde høyere grad av depresjon. Så for å mestre hjertesvikt er det nødvendig med kunnskap om hvordan sin helse relaterte livskvalitet kan mestres. Rustøen(2001) mener at for at sykepleieren skal hjelpe pasienten å mestre de psykologiske plagene med hjertesvikt må en blant annet redusere usikkerhet ved å gi god informasjon, følelsesmessig støtte, oppmuntre til trening og mestringstrategier. Når pasienter opplever angst i forhold til sin hjertesvikt mener Rustøen(2001) at sykepleieren kan hjelpe til med å skape trygge omgivelser ihjemmet. Det igjennom informasjon og veiledning.

4.3.2 Veien til økt livskvalitet

Når en får en kronisk sykdom som hjertesvikt vil de daglige gjøremålene bli vanskeligere. Dermed vil livskvaliteten synke. Gott m.fl. (2006) fant ut i sin forskning at livskvalitet for eldre mennesker med hjertesvikt kan beskrives som utfordrende. Primærmålet for hjertesviktpasienter er å maksimere livsforventninger og livskvalitet. Prognosen på en hjertesvikt vil være dårlig og da vil livskvalitet være i fokus. Faktorer som gir dårlig livskvalitet var å være kvinne, depresjon, klasse 2-3 hjertesvikt. Siri Næss definisjon på livskvalitet

som er nevnt i teoridelen er relevant og i Rustøen (2001) står det at de fire områdene Næss (2001) fremhever, er relevante for sykepleieren, kanskje særlig i møte med kronisk syke pasienter. Hos en kronisk hjertesyk i hjemmet vil det å oppleve noe meningsfullt, være aktiv og ha selvfølelse kanskje være spesielt vesentlige områder i livet. Kronisk hjertesykdom kan føre til isolasjon og være en trussel mot ens selvbylde ved at en endrer funksjonsnivå eller levemåte.

Sykepleieren må kjenne til de fysiske behovene til pasienten, ifølge Næss (2001) er det viktig at personen er aktiv og kan engasjere seg. Dermed kan sykepleier hjelpe pasienten å finne aktiviteter som pasienten kan ha nytte av i hjemmet til tross sin dyspne og fatigue. Fysisk aktivitet har også vist seg som gunstig i forhold til hjertesvikt, det kan jeg også se i studiet til Belardinelli(2006) og Gullestad(2006) . For sykepleier blir det da viktig å engasjere pasienten slik at han får mening og livslyst og kan bruke sine evner, slik at livet "aktiveres". Sykepleieren bør dag ifølge Kirkevold(2008) bidra til at pasienten får en god balanse mellom hvile og aktivitet.

Næss (2001) fremhever også grad av selvfølelse og selvsikkerhet. Sykepleier kan gå inn med tiltak der pasienten er med på behandlingsopplegg selv og blir selvstendig. Dette kan gå på den ikke-medikamentelle behandlingen som ifølge Gullestad (2006) kan være saltfattig kost, avhold fra røyk og alkohol. Dette handler om at sykepleieren bidrar til at pasienten mestrer tilværelsen sin bedre og får høyre livskvalitet. Sykepleieren kan sette ting i perspektiv når det gjelder å ha sykdom i hjemmet og kan hjelpe til å sette målsetninger fremover. Ellers legger Næss(2001) vekt på en grunnstemning av glede. Så hvis sykepleier klarer å hjelpe pasienten til å se lyst på livet og leve med sine symptomer, så vil pasienten få bedre livskvalitet.

Gjengedal og Hanestad (2001) mener at økt kunnskap og bevissthet om begrepene helse og livskvalitet er viktig for helsepersonell fordi det kan bidra til at en lettere vil kunne lytte til og forstå pasientens behov på bakgrunn av deres egne erfaringer med hjertesvikt. Denne innsikten kan ha betydning både i møte med den enkelte pasienten, i studier av pasientgrupper og ikke minst hos politikere som skal ivareta pasienters behov med adekvate helsepolitiske tiltak.

4.3.3 Kartlegging av livskvalitet

Nordenfelt, (1991) mener at kartlegging av livskvalitet er det viktig å rette oppmerksomheten mot ulike dimensjoner eller områder. Slik kan en få fram hvilke områder hjertesvikt

pasienten best mestrer, og hvilke en har flest problemer i forhold til. For eksempel kan bevegelsesvansker og hjerteplager hindre en person i å utføre fysisk aktivitet, men de trenger ikke ha betydning for intellektuell aktivitet, estetiske opplevelser eller meningsfulle relasjoner. Brenner og Wrubel (1989) mener at det som blir avgjørende, er hva som oppleves viktig for personen og i hvilken grad funksjonsnedsettelsen virker inn på de områdene personen selv mener er viktige. Dermed kan sykepleier kartlegge hvordan evnen til pasienten er til å gjøre de daglige gjøremål i hjemmet. Er det noe pasienten ikke mestrer, kan sykepleier gå aktivt inn og kompensere. Ifølge Gullestad (2006) er det viktig å kartlegge evnen pasienten har til å fungere fysisk, psykisk. Det kan for eksempel være den subjektive opplevelsen pasienten har av dyspne og hvordan fatigue preger hverdagen. Pasienten kan også ha ødemer som det er viktig og kartlegge og legge tiltak til rette. Det kan være informasjon om diuretika og vekt. Sykepleier kan også kartlegge antydninger til depresjon og angst ved for eksempel dyspne. Tiltak kan settes inn for å hjelpe pasienten og mestre hverdagen. Ifra fra min hjemmesykepleie praksis kunne jeg se at trykghetsalarmen hadde en beroligende effekt på pasienter. En sykepleier jeg jobbet med, mente også at trykghetsalarmen gjorde at pasientene kunne sove tryggere og dermed ikke ble like engstelige.

Rustøen (2001) nevner også det å lytte til pasientens egne opplevelser og erfaringer om hjertesvikt, samt å bruke kommunikasjonskunnskaper i møte med pasienten, framheves for å få kartlagt og styrket pasientens livskvalitet. Sykepleieren må en helhetlig tilnærming til pasienten for å klare å kartlegge hvordan pasienten har det i hjemmet og finne ut hvor livskvaliteten er truet i forhold til det. Å styrke selvbildet kan være viktig i sykepleie til mennesker med truet livskvalitet. Pasienter med hjertesvikt får ofte endret selvbilde. Ifølge Rustøen (2001) må sykepleiere i noen tilfeller hjelpe pasienten i å korrigere selvbildet. Pasienter møter mange trusler mot selvbildet og livskvalitet, sykepleieren må være oppmerksom på disse truslene. Et positivt selvbilde er også nødvendig for å kunne leve i et fruktbart felleskap med andre og fungere i hjemmet. Rustøen(2001) mener også at når hjertesvikt pasienten sliter med dyspne så kan det være en trussel mot livskvaliteten og hjemmesykepleieren må hjelpe pasienten å leve med disse plagene. For at pasienten skal mestre symptomene må pasientens egen opplevelse av forholdene komme frem. Noe også Benner og Wrubler(1989) legger vekt på. Dette mener Rustøen(2001) er fordi at hjertesvikt pasienter livskvalitet vil være individuell.

I praksis traff jeg en pasient som kom hjem fra sykehusopphold etter konstatert hjertesvikt klasse 2-3. Pasienten var redd for at han ikke kunne gjøre de daglige gjøremålene som han gjorde før på grunn av nedsatt aktivitet og dyspne. Pasienten hadde vært en aktiv person som likte å gå turer på fjellet. Ifølge Gjengedal og Hanestad(2001) kan en med kronisk hjertesvikt ha redusert mulighet til å gjennomføre de gjøremålene en gjorde før. Videre står det at helse- og funksjonsnivået er avgjørende for selve livskvaliteten. Men det hevdes også at mennesker kan ha god livskvalitet tross funksjonsnedsettelse og helsesvikt. Sykepleieren kan her lage pleieplaner som kan illustrere pustebesværet og lage tiltak i forhold til det. Det jeg som sykepleierstudent gjorde, i lag med sykepleier, var å informere pasienten om hvordan og hvilken aktivitet som var mulig å gjennomføre. Ifølge Gullestad (2006) er fysisk aktivitet ønskelig ved alle former for hjertesvikt. Det er viktig å tilpasse de forskjellige aktivitetene til den enkelte pasient. Videre står det at pasienter faktisk kan oppleve økt livskvalitet med aktivitet. Belardinelli med flere (2006) har forsket på at moderat trening er trygt og viser forbedrelse i livskvalitet. Dette var pasienter med ICD der også reinleggelser på sykehuset var gått ned. Ifølge Laake (2003) er det viktig for livskvaliteten til en pasient at en klarer å justere sine prioriteringer i henhold til funksjonsevne. Som at for eksempel den glade turgåer som utvikler hjertesvikt begynner å oppleve stor glede ved å lese bøker eller samvær med barnebarn. Sykepleierens rolle har stor betydning her i det å gi håp og hjelpe pasienten å finne andre måter og oppnå livskvalitet på.

Ifølge Kirkevold (2008) står det at den gamles behov for hjelp vil øke etter hvert som symptomene tiltar og kreftene svinner. Sykepleierens rolle blir da gradvis mer kompensierende. I denne prosessen blir det viktig både å ivareta pasientens grunnleggende behov, styrke ressursene hans og å avlaste slik at han kan bruke kreftene til aktiviteter som oppleves meningsfulle og bidrar til god livskvalitet.

Det vi som sykepleiere gjorde da i denne situasjonen med pasienten som ikke klarte de samme tingene som før var og prøve å finne andre meningsfulle aktiviteter pasienten kunne utføre. Det var også viktig å hjelpe pasienten til å få gå turer selv om ikke lange tunge fjellturer var aktuelle i like stor grad som tidligere. Det viste seg at pasienten kunne finne glede i å gå lettere turer. Det ga antageligvis en følelse av mestring.

4.4 Hjemmet som arena

Det er ikke bare enkelt å komme hjem fra sykehus med en omfattende sykdom som hjertesvikt klasse 2-3. Ting som en har klart før kan bli vanskeligere. Å bidra til at personen fremdeles kan bo hjemme, trass sin helsesvikt, er noe av det viktigste med hjemmesykepleie. (Solheim, 2004) Dette forsterkes av Kirkevold (2008) som sier at etniske norske forbinder hjemmet med livskvalitet, norske gamle ønsker som regel ikke å flytte ut av sitt hjem. Det kan være noe annerledes for andre kulturer der familien er viktigere enn hjemmet. Man kan heller ikke se bort fra at flytting fra hjemmet til institusjon kan være en trussel mot ens vante felleskap og livskvalitet. Mange eldre ønsker å bo i hjemmet så lenge som mulig (Rustøen, 2001) Derfor er det viktig at sykepleieren bidrar slik at pasienten kan bo så lenge som mulig hjemme. Gjengedal og Jakobsen (2001) sier at pasientene vil i perioder klare seg hjemme med oppfølging av hjemmesykepleie og primærlege. I senere perioder og i sluttstadiet vil pasienten ha behov for sykepleie og behandling på spesialnivå. Altså når dyspne og fatigue blir så omfattende at de ikke klarer for eksempel å opprettholde personlig hygiene. Gjengedal og Hanestad(2007) refererer også til spesialenheter i Danmark der hjertesvikt pasienter får tilbud om døgninnleggelse eller som dagpasienter. Dette så det kan opprettholdes kontakt med sykepleier og kontakten kan også med fordel tas over telefon. Der kan sykepleier veilede om nyoppståtte problem. Liknende prosjekter er også i Norge som har i hensikt å hindre reinnleggelse og på sikt øke pasientens livskvalitet.

Ifølge forskningen til Quinn (2006): Et 9-ukers tiltak med hjemmesykepleie inkludert telefon, hjemmebesøk, læringsverktøy, digitale skalaer og en loggbok fylt ut av pasientene selv. Førte til redusert sykehusopphold, mindre symptomer på hjertesvikt og en økt kvalitet i livet. Videre kan jeg se i studien fra Martens (2000) at forskning viser at 50 % av reinnleggelsene på sykehus kunne vært hindret. Det går på faktorer som medikasjon, diett, ikke søkt hjelp i tidlig fase, for lite oppfølging av hjemmetjeneste og psykiatere og for lite sosial support. Altså kan hjemmesykepleien observere tidlige tegn og symptomer så reinnleggelse kan forebygges. Det vil bidra til at pasienter mestrer sin kroniske sykdom bedre. Martens (2000) sier videre i sin studie at personer med hjertesvikt må sees ofte for de er sensitive på kostplan og livsstilsfaktorer, som fort kan føre til problemer.

Forskningen viste blant annet at læring om ro og aktivitet kunne særlig hindre reinleggelser.

Også Ehrenberg (2003) legger vekt på hindring av reinleggelse og mener at sykepleiere kan hindre reinleggelse. Forskningen fant at sykepleieren i hjemmetjenesten dokumenterte for dårlig. Ifølge Knutstad(2008) viser forskning at livskvalitet blir styrket vis hjertesviktpasienter får informasjon og undervisning som er satt i system. Det vil fremme egenomsorgatferden hos pasienter med hjertesvikt. Gjengedal og Hanestad (2007) mener også at det er hensiktsmessig med mindre sykehusopphold med bedre oppfølging i ettertid. Kristoffersen (2002) sier at pasienter som er hjemmeboende har behov for håp og for både ytre og indre trygghet på samme måte som en som er innlagt på institusjon. Som alle andre syke har de samme allmennmenneskelige reaksjoner på sin sykdom eller funksjons-hemming. Imidlertid mangler den hjemmeboende tryggheten i å ha et profesjonelt hjelpeapparat rundt seg hele tiden. Dette kan skape frykt. Pasienten må lære å leve med sin hjertesykdom for å kunne mestre hverdagen hjemme. Hvor kan pasienten hente sin styrke og klare å se mulighetene videre? Familie og sosialt nettverk er ressurser som vil være viktige støttespillere etter sykehusopphold. I likhet med pasienten har familie behov for informasjon om helsefremmende faktorer som kan gi bedre livskvalitet og hjelpe pasienten til å mestre sin hverdag på sin arena.

Ifølge (Knutstad, 2008)er mestring er en mulighet til å komme videre, og mestring dreier seg om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv. Utfordringen for pasienter med hjertesykdom er så se forskjellen mellom det de må leve med, og det de selv kan være med på å endre. Ifølge Benner og Wrubel (1989) understrekes det at det finnes ingen ideell fasit på mestring, men den må føles riktig for mennesket. Når pasienten lærer nye mestringsstrategier vil hun oppleve å ha bedre kontroll og oversikt når hun møter vanskelige situasjoner.

Solheim (2004) legger vekt på at normalisering er en viktig mestringsstrategi for hjemmeboende hjertesvikt pasienter. Normalisering innebærer å holde symptomene under kontroll og holde dem skjult for andre. For at pasienten skal ha livskvalitet og mestre hverdagen kan sykepleieren ha en del tiltak. Solheim(2004) mener at et av formålene til hjemmesykepleien er å hjelpe hjertesvikt pasienten til å leve et mest mulig normalt liv og oppnå og opprettholde mest mulig stabil tilstand. Hjemmesykepleien vil ha en forbyggende og rehabiliterende funksjon. Viktige oppgaver er forbyggende tiltak og

observasjon. Det kan være å observere livskvaliteten og hjelpe til og bidra til at pasienten får økt mestring. Ifølge Solheim (2004) er det svært viktig for hjertesyke å mestre metoder for hvordan de kan redusere eller takle symptomer. Det kan ifølge Kirkevold(2008) innebære og klare å ta medisin til rett til og vite hva det er.

Fra artikkelen til Cottrell m.fl. (2009) finner jeg disse tiltakene for hjertesvikt pasienter i hjemmet: Administrere medikamenter og vurdere pasientens respons på disse. Vurdere væskebehov, inkludert inntak og uttak med et mål og opprettholde væskebalanse. Veie pasienten daglig på samme tid og på samme vekt og videre lære dette til pasienten. Avlytte lungene. Se på den venøse blodstrømningen. Ta puls og blodtrykk og observere hypotensjon og dehydrering. Se på huden for å se etter dehydrering. Og se på symptomer for overhydrering. Ifølge Gullestad (2006) må hjemmesykepleien følge opp dietten, saltrestriksjon, væskerestriksjon, alkoholforbruk, redusere overvekt, røykestopp, fysisk trening og behandle nervøse plager og depresjoner hos hjertesviktpasient.

Benner og Wrubel (2001) mener at sykepleier skal bidra til pasientens mestring av stress ved å utvikle kunnskap og innsikt, motivasjon og vilje til selv å mestre å få kontroll over sin sykdom. Det kan sykepleier gjøre ved å gjennomføre disse tiltakene og veilede pasienten. Ifølge Karoluissen(2006) er egenlæring viktig for pasienter med hjertesvikt. Hjemmeboende eldre bør kunne treffe tiltak som vektkontroll for å avsløre ødemer eller vite hvordan de kan søke hjelp. Disse tiltakene må de lære og de kan også innebære og leve med natriumfattig kost for å avhjelpe hjertesvikt og ødemer.

5.0 Konklusjon

Igjennom mitt arbeid med bacheloreksamen har jeg ønsket å lære meg mer om hvordan jeg kunne hjelpe pasienter med hjertesvikt i en hjemmesituasjon. Med hjelp av teori og forskning har jeg kommet frem til en konklusjon på min problemstilling. Hjertesvikt grad 2-3 vil gi pasienter problemer med dyspne og fatigue samt andre problemer som vil gå utover hvordan de takler sin situasjon i hjemmet.

Sykepleier kan bidra til at pasienten mestrer hjertesvikt bedre og dermed får bedre livskvalitet. Det handler om å se pasienten der han er og hjelpe han å finne mening i sin situasjon. Jeg deler Benner og Wrubler(1989) syn på at stress som følge av hjertesvikt kan ikke mestres uten å finne mening i den nye situasjonen. For at pasienten skal mestre hjertesvikt å ha god livskvalitet må en også ha en grunnstemning av glede og ha en god selvfølelse som Næss(2001) sier. For at den hjemmeboende pasienten skal oppleve dette må han få omsorg. Dette blir en av de grunnleggende sykepleier tankene. Det å gi omsorg slik at pasienten klarer å bo så lenge som mulig og ha en meningsfull tilværelse i hjemmet. Omsorg som gir utslag i at den helserelaterte livskvaliteten vil øke. Så pasienten kan mestre plagene det gir og ha dyspne og fatigue. Sykepleieren kan bidra med omsorg igjennom de tiltakene vi gjør og holdningene vi har til pasienten. Jeg deler også menneskesynet til Benner og Wrubler(1989) med at du må se pasienten som en helhet og må sette seg inn i pasientens opplevelse av det å ha kronisk hjertesvikt for å kunne gi god omsorg. Ifra forskningen finner jeg at det er viktig for livskvaliteten til pasientene at vi sykepleieren kan bidra til mindre reinlegges av pasienter og at det fremmer mestring og dermed kan hindre stress. Forskningen antyder også at det viktig med retningslinjer og organisert oppfølging av hjertesvikt pasientene for å hindre reinlegges og forverring av symptomer. Allikevel kan vi ikke ha en mal for hvordan en pasient vil mestre tilværelsen, men et tilpasset program eller sykepleie til hver enkelt pasient, i bakgrunn av pasientens kroppslig intelligens, bakenforliggende mening og situasjonen pasienter er i. Først da kan sykepleier bidra til at pasient vil oppleve økt livskvalitet.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2000) Klinisk Sykepleie. Oslo : Gyldendal Akademisk

*Benner, Patricia; Wrubel, Judith(2001) Omsorgens betydning i sykepleje : stress og mestring ved sundhed og sygdom,(The primacy of caring) oversat af Hanne Steinicke. København : Munksgaard (448. Sider.)

*Bowling, Ann(2001) Measuring disease : a review of disease specific quality of life measurement scales. Buckingham : Open University Press. 2 nd ed. S. 430-431

Eide, Hilde; Eide, Tom (2007) Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo : Gyldendal akademisk. 2. rev. og utv. utg.

*Falk, Kristin;Granger,Bradi b;Swedberg, Karl;Ekman,Inger (2007) Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. Qualitative Health Research, Vol. 17, No. 8, 1020-1027 (2007) (7 sider)

Gjengedal, Eva; Hanestad, Berit R.(2007) Å leve med kronisk sykdom : en varig kursendring. Oslo : Cappelen akademisk forl. 2. Utg.

*Gullestad, Lars; Westheim, Arne (2006) Hjertesvikt : årsaker, diagnostikk og behandling. AstraZeneca AS 6utg. S. 1-40 (Hele boken)

*Heggdal,Kristin(2003) Kroppskunnskaping: En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom. Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.

<http://www.lovdato.no/all/tl-19821119-066-002.html>, Kommunehelsetjenesteloven

Kirkevold, Marit; Brodtkorb, Kari; Ranhoff, Anette H.(2008) Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten. Oslo : Gyldendal akademisk

Knutstad, Unni(2008) Klinisk sykepleie. Oslo : Akribe

Kristoffersen, Nina J(2002) Generell sykepleie, Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap Oslo : Gyldendal akademisk 5. Oppl

Laake, Knut(2003)Geriatr i praksis. Oslo : Gyldendal akademisk. 4.utg

*Medby, Ingrid H(2001) Hjertesviktpasienters opplevelser og erfaringer med å leve med en kronisk lidelse i dagliglivet fortolket i en fenomenologisk forståelsesramme. Universitetet i Bergen.

*Nordenfelt, Lars.(1991) Livskvalitet och halsa; teori og kritikk. Stocholm: Almquist og Wiksell forlag AB

*Næss, Siri(2001) Livskvalitet som psykisk velvære. Oslo:Nova (NOVA-rapport, 3/2001)

*Rustøen, Tone(2001) Håp og livskvalitet. En utfordring for sykepleieren. Oslo: Gyldendal norske forlag. kap 2 s 14-40, Kap 6 s79-83.

Svensson, Roland(2004)Samfunn, medisin, sykepleie. Gyldendal

Solheim, Marit; Aarheim, Kjell A.(2004) Kan eg komme inn? : verdier og val i heimesjukepleie. Oslo : Gyldendal akademisk. 2. utg.
/ Marit Solheim og Kjell Arne Aarheim (red.) ; [tegninger: Kari Gamlem]

*Wahl, Astrid K; Hanestad, Berit R(2004) Måling av livskvalitet i klinisk praksis : en innføring. Bergen : Fagbokforl. kap 2 17 -34

Westad, Sitan;Sjøen Gunnar H(1998) Kompendium i farmakologi, West Sjø kompendium.

Wyller, Vegard B; Brodal, Per A;Toverud Kari C. (2006) Det friske og det syke mennesket : cellebiologi, anatomi, fysiologi : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. Bind 2, Sirkulasjonsorganene, respirasjonsorganene : kapittel 5-8 Oslo : Akribe
Straand, Jørund; Samstad, Stein(2009) www.legehandboka.no Hjertesvikt.

Forskningsartikler og artikler

Allman, Eric; Berry, Diane; Nasir, Laura(2009) Depression and Coping In Heart Failure Patients: A Review of the literature. Lippincott Williams and Wilkins inc

Belardinelli, Romualdo; Capestro, Francesco; Misiani, Agostino; Scipione, Pietro; Georgiou, Demetrios(2006) Moderate exercise training improves functional capacity, quality of life, and endothelium-dependent vasodilation in chronic heart failure patients with implantable cardioverter defibrillators and cardiac resynchronization therapy

Broström, Anders; Strömberg, Anna;Dahlström, Ulf;Fridlund Bengt(2004) Sleep Difficulties, Daytime Sleepiness, and Healthrelated Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing. Vol. 19, No. 4, pp 234–242

Cottrell, Damon; Cynthia Bither; Renee Garnes-Spence; Jones, Michelle(2009)Understanding heart failure. *LPN2009*. Lippincott Williams and Wilkins inc

Ehrenberg,Anna;Ehnfors,Margareta;Ekman,Inger(2003) Older patients with chronic heart failure within swedish community healt care: a review of nursing assessment and interventions

Falk, Kristin;Granger,Bradi b;Swedberg, Karl;Ekman,Inger (2007) Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure

Gott, Merryyn; Barnes, Sarah; Parker, Chris; Payne, Sheila; Seamark,David; Gariballa, Salah; Small,Neil(2002) Predictores of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society

Holst, Marie; Stromberg, Anna; Lindholm, Maud; Willenheimer, Ronnie(2008) 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

Lau-Walker, Margaret;Cowie, Martin R, Roughton, Michael(2008) Coronary heart disease patients` perception of their symptoms and sense of control are associated with their quality of life three years following hospital discharge.

Martens, Karen(2000) Home Care Nursing for Persons With Congestive Heart Failure: Description and Relationship to Hospital Readmission.

Suwanno, Jom; Petpichetchian, Wongchan; Riegel, Barbara; Issaramalai, Sang-arun(2009) A Model Predicting Health Status of Patients With Heart Failure. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Todero, Catherine; LaFramboise, Louise, Zimmerman, Lani M(2002) Symptom Status and Quality-of-Life Outcomes of Home-based Disease Management Program for Heart Failure Patients. 2002 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Quinn, Christina(2006) Low-Technology Heart Failure Care in Home Health: Improving Patient Outcomes. Lippincott Williams og Wilkins, inc.