



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för hälsovetenskap

# **När hjärtat är skadat**

**- En kvalitativ litteraturbaserad studie som beskriver patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt**

**Emma Aronsson**

**Hanna Magnusson**

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå**

**Sjuksköterskeprogrammet**

**Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst**

**Höstterminen 2017**

<b>Titel</b>	När hjärtat är skadat - en kvalitativ litteraturbaserad studie som beskriver patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt
	When the heart is damaged - a qualitative literature-based study describing patients experience of living with heart failure
<b>Författare</b>	Hanna Magnusson Emma Aronsson
<b>Handledare</b>	Marita Eriksson
<b>Examinator</b>	Maria Skyvell Nilsson
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
<b>Termin/år</b>	HT 2017
<b>Antal sidor</b>	14

## Abstract

**Background** Heart failure is a chronic disease that increases among the population, despite progress in research. Living with heart failure can cause suffering and impaired health due to physical limitations in daily life. Research indicates that patients experience of living with heart failure is paid too little attention in relation to the medical treatment itself.

**Aim** The aim of this study was to describe patients' experiences of living with heart failure.

**Method** This study is based on a method to contribute to evidence-based nursing with ground in analysis of qualitative research. Eleven qualitative articles were analyzed using Fribergs five step model.

**Results** Through the analysis three main themes and eight sub-themes were developed. The main themes were: *The daily life changes*, *To be involved in your own care* and *Listen to your heart*.

**Conclusion** To be diagnosed with heart failure means a life change. Therefore, it is important that the nurse is aware of the physical, and psychological effects of the disease.

**Keywords** *daily life, heart failure, patients' experiences, physical limitations, uncertain future*

## **Populärvetenskaplig sammanfattning**

Denna studie beskriver patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. Forskningen har genom åren gjort framsteg, trots detta uppskattas 250 000 människor i Sverige lida av sjukdomen. Hjärtsvikt är ett tillstånd då hjärtat inte har kapacitet att förse kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod.

Studiens resultat baseras på 11 vetenskapliga artiklar vilka söktes fram genom två databaser. Ur artiklarna analyserades och sammanställdes patienters erfarenheter. Dessa redovisas i resultatet som teman och subteman. Resultatet beskriver vilka begränsningar som uppkommer och vilka erfarenheter patienterna hade från sjukvården samt vilken betydelse närstående hade. Resultatet beskriver också hur patienterna försökte hantera sin vardag som präglades av besvärliga symtom som andfäddhet och trötthet. Detta påverkade vardagliga och sociala aktiviteter som tidigare varit en stor del av livet. Resultatet visar att patienter lider av sina begränsningar och att framtiden är oviss.

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom och behandlingen syftar i första hand till att förskjuta förloppet, lindra symtom och på så vis lindra patientens lidande. En vanlig orsak till hjärtsvikt är människors levnadsvanor och därför är det viktigt för de drabbade att försöka ändra sin livsstil. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten uppnå god hälsa och att stödja patientens egen förmåga till livsstilsförändringar för att hantera sin vardag. Denna studie kan ge sjuksköterskor större insikt om patienters omvårdnadsbehov.

## Innehåll

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
HJÄRTSVIKT .....	1
EGENVÅRD .....	2
LIVSTILSFÖRÄNDRINGAR .....	2
SJKSKÖTERSANS SVAR OM OMVÅRDNADSANSVAR .....	2
LIDANDE .....	3
HÄLSA	
PROBLEMFÖRMULERING .....	3
<b>SYFTE</b> .....	<b>3</b>
<b>METOD</b> .....	<b>3</b>
LITTERATURSÖKNING .....	3
URVAL.....	4
ANALYS.....	4
<b>RESULTAT</b> .....	<b>5</b>
DET DAGLIGA LIVET FÖRÄNDRAS	
Begränsas i vardagen .....	5
Behovet av närståendes stöd .....	6
Känna sig som en börda .....	6
INVOLVERAS I SIN EGEN VÅRD.....	7
Bristande information .....	7
Inte bli sedd eller hörd .....	7
LYSSNA PÅ SITT HJÄRTA .....	8
Rädsla över att symtomen tar över.....	8
Lära sig hantera vardagen .....	8
En oviss framtid .....	9
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>10</b>
METODDISKUSSION.....	10
RESULTATDISKUSSION.....	11
<b>SLUTSATSER</b> .....	<b>13</b>
<b>PRAKTISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>14</b>
<b>FÖRSLAG TILL FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING INOM SJKSKÖTERSANS</b> <b>KOMPETENSOMRÅDE</b> .....	<b>14</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>

## BILAGOR

**BILAGA I** – SÖKHISTORIK

**BILAGA II** - KVALITETSGRANSKINGSMALL

**BILAGA III** – ÖVERISKT AV ANALYSERAD LITTERATUR

## **Inledning**

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, 1,8 miljoner av befolkningen lever med någon form av hjärtsjukdom. Cirka 250 000 personer lider av hjärtsvikt vilket är ett allvarligt tillstånd som ökar bland befolkningen och kan ha dödlig utgång (Hjärt-lungfonden, 2016b). Enligt Hjärt-lungfonden (2016a) drabbas män och kvinnor i lika stor utsträckning men symtomen kan skiljas åt. Män drabbas oftast tidigare i livet än kvinnor. Då hjärtsvikt i de flesta fall är en obotlig sjukdom som behöver livslång behandling fokuserar forskningen på ökad livskvalitet hos de drabbade. Nya effektiva läkemedel har tagits fram och diagnos kan ställas fortare tack vare nya prover och undersökningar (Hjärt-lungfonden, 2016a). Däremot läggs större fokus på den medicinska behandlingen än på patienternas erfarenheter av att leva med hjärtsvikt (Welstand, Carsson, Rutherford, 2009).

Hjärtsvikt innebär en omställning i patientens liv med behandling och eventuella livsstilsförändringar (Ericson & Ericson, 2012). Därför är det angeläget som sjuksköterska att ha kunskap om patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt för att kunna planera och genomföra adekvat omvårdnad.

## **Bakgrund**

### **Hjärtsvikt**

När hjärtat inte förmår att pumpa ut den mängd blod kroppens vävnader behöver uppstår hjärtsvikt menar Ericson och Ericson (2012). Enligt Rikssvikt (2017) kompenserar hjärtat detta genom att öka hjärtfrekvensen. När hjärtat inte hinner pumpa ut den ökade mängd blod som pumpas in, ökar hjärtat sin storlek för att få plats med ökade mängden blod. Detta kan leda till att hjärtat blir förstorat och hjärtmuskelväggen blir förtjockad. Till slut kan inte frekvensen ökas och inte heller hjärtats storlek för att kompensera svikten. Detta leder till vätskeansamling i kroppen och hjärtsviktens symtom framträder (Rikssvikt, 2017). Enligt Ericson och Ericson (2012) kallas tillstånden för systolisk och diastolisk dysfunktion. Vanligaste formen av hjärtsvikt är systolisk dysfunktion vilket innebär att vänster kammare har en nedsatt förmåga att pumpa ut blodet. Symtom som trötthet, sjunkande blodtryck och nedsatt prestationsförmåga kan förekomma. Vid diastolisk dysfunktion förekommer ett högt tryck i kamrarna och kammarväggen har blivit stel. Detta medför svårigheter för hjärtat att fyllas med blod. Diastolisk dysfunktion kan visa sig genom benödem.

Tillstånden kan också förekomma samtidigt. Andra generella symtom är nattlig hosta och ökade urinmängder, illamående och aptitlöshet. Orsaker till hjärtsvikt är oftast kranskärlssjukdom, hypertoni, hög ålder och hjärtinfarkt. Infektioner, diabetes och alkoholmissbruk kan också utveckla sjukdomen (Ericson & Ericson, 2012).

American Heart Association (2017) delar in hjärtsvikt i fyra svårighetsgrader utifrån klassifikationssystemet New York Heart Association (NYHA). Vid grad ett har patienten hjärtsjukdom utan symtom och hämmas inte av normal fysisk aktivitet. Grad två är lätt hjärtsvikt vilket hämmar patienten något vid normal fysisk aktivitet och medför måttliga symtom som trötthet, andfåddhet och hjärtklappning. Grad tre ses som medelsvår hjärtsvikt och symtomen blir mer utmärkande vid lätt till normal fysisk aktivitet. Till sist grad fyra som är svår hjärtsvikt och utmärker sig genom att symtomen kommer även i vila och patienten kan inte utan obehag utföra fysisk aktivitet (American Heart Association, 2017).

För att behandla hjärtsvikt eftersöks den utlösande orsaken till att hjärtat sviktar. Behandlingen kan innebära läkemedel som fokuserar på att lindra symtom och öka livskvalitén, kirurgi i form av pacemaker, ballongvidgning eller transplantation när farmakologisk behandling inte har effekt samt egenvård i form av livsstilsförändringar (Hjärt- lungfonden, 2016a).

### **Egenvård**

Dorothea Orems egenvårdsteori bygger på att varje individ ska göras delaktig i sin egen vård så långt det är möjligt. Det innebär att själv lära sig åtgärder som kan bidra till utveckling och förbättring av hälsa i sitt dagliga liv. Idén bakom teorin förklarar egenvård som en mänskligt styrd funktion där beteendet styrs av vanor och medvetna handlingsmönster vars syfte är att främja hälsa och välbefinnande hos personen själv (Orem, 2001). Spaling, Currie, Strachan, Harkness och Clark (2015) menar att patienterna inte har tillräcklig kunskap om hjärtsvikt. För att motverka missuppfattningar behövs mer insatser som är relevanta för patientens sammanhang. Uppmuntran och stöd till patienten i läroprocessen krävs för att skapa förståelse för diagnosen och stärka patientens egenvård (Spaling et al., 2015).

### **Livsstilsförändringar**

Hjärt- lungfonden (2016a) skriver att hjärtsvikt är ett tillstånd som många gånger orsakas av patientens levnadsvanor. Det är viktigt att patienten följer läkarens medicinska ordination samt genomgår eventuella livsstilsförändringar. Dessa kan vara att sluta röka, ändrade kost- och dryckesvanor samt regelbunden motion. Hjärt- lungfonden (2016a) menar också att det handlar om att patienten ska känna förändringarna som positiva för att öka chansen att lyckas. För att patienten ska förstå hur svikten påverkar kroppen och varför symtomen uppkommer behövs kunskap om sjukdomen (Ericson & Ericson, 2012). Patienten har ett eget ansvar över förändringarna vid kroniska sjukdomar och viljan har en stor betydelse för att lyckas menar Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela och Patja (2007).

### **Sjuksköterskans omvårdnadsansvar**

Patienten som ska genomgå livsstilsförändringar kan behöva sjuksköterskans stöd. För att uppnå adekvat omvårdnad där patienten känner sig sedd och hörd behövs personcentrerad vård där fokus riktas mot den enskildes behov, resurser och erfarenheter (Vårdhandboken, 2017). Personcentrerad vård innebär att synliggöra hela människan genom att respektera och bekräfta personens egna upplevelser om ohälsa och sjukdom samt att värdera personens perspektiv likvärdigt som det professionella (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016a). Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska sjuksköterskan genomföra och utforma omvårdnaden tillsammans med patienten. Patienten ska känna sig delaktig genom att sjuksköterskan utgår ifrån patientens önskemål och förutsättningar (SFS 2014:821). Håkansson och Hernborg (2009) menar att sjuksköterskan ska anpassa livsstilsförändringar efter patientens livssituation, ålder, tidigare sjukdomshistoria och eventuella handikapp. Spaling et al (2015) menar att det är viktigt att använda öppna frågor och ett språk som gör att patienten förstår informationen. Sjuksköterskan ska genomföra omvårdnad med respekt för mänskliga rättigheter och ge den information som krävs för att erbjuda patienten samtycke till omvårdnad (SFF, 2014a). Enligt SSF (2016b) skall sjuksköterskan också ge patienten stöd och guidning till hälsosamma levnadsvanor, främja hälsa, motverka obehag samt lindra lidande.

## **Lidande**

Det är individuellt hur lidande upplevs bland människor och vad som orsakar det (Eriksson, 2015). Att lida kan innebära att människan behöver leva med någonting som hon utsätts för. Det bidrar till en kamp om att försöka kämpa eller ge upp vilket kan bero på den enskildes livssituation och livssyn. En insikt om det egna lidandet kan öka känslan av att kämpa. Enligt Arman (2012) kan lidande bero på en djup inre oro, förlust av kontroll eller känsla av hopplöshet. Patienter som befinner sig i svåra situationer behöver bli bemötta på ett naturligt och personligt sätt för att inte upplevelsen av lidandet ska öka menar Arman (2012). Lidandet står ofta i nära relation till hälsa då lidandet kan ge hälsan mening genom att se möjligheter och inte bara hinder med hjälp av sina egna inre resurser menar Eriksson (2015).

## **Hälsa**

Hälsa är precis som lidande något som upplevs individuellt. Orem (2001) menar att alla individer utvärderar sig själva men också andras hälsa. Det innebär att individer har olika åsikter om vad hälsa innebär, dels för sig själva men också vad som behövs för att bedöma någon annans hälsa. För att förstå vad hälsa innebär för den enskilde behövs helheten betraktas (Orem, 2001). Hälsa kan ses som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande enligt Världshälsoorganisationen (2017) vilket innebär att hälsa kan upplevas trots sjukdom. För att se till hela människan behöver hälso- och sjukvårdspersonalen kunskaper om fysiska, psykiska och sociala faktorer som berör hälsa menar Orem (2001).

## **Problemformulering**

Trots framsteg inom forskningen drabbas fortfarande många människor av hjärtsvikt vilket kan innebära lidande och begränsningar i det dagliga livet. Tidigare studier visar att sjukvårdspersonalen lägger större fokus på hjärtsviktens medicinska del i förhållande till de drabbades erfarenheter och hur sjukdomen påverkar patienternas liv. För att möta de behov som hjärtsvikten kan medföra i vardagen behövs kunskap om patienters erfarenheter. Om inte patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt lyfts fram finns risk att sjuksköterskor inte kan planera och genomföra en adekvat omvårdnad som det kan finnas behov av.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt.

## **Metod**

Denna studie baserades på metoden, att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Målet med kvalitativa studier är att få ökad förståelse av ett fenomen där bland annat patienters upplevelser och erfarenheter studeras för att bättre förstå hur deras behov kan mötas. För att lättare omsätta forskningsresultat till omvårdnadsarbete sammanställs tidigare forskning så ett större kunskapsvärde skapas (Friberg, 2017). Då denna studie beskriver patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt lämpar sig metoden bra.

## **Litteratursökning**

En systematisk sökning som enligt Östlundh (2012) innebär att hitta relevant information inom det valda ämnet genomfördes. För att få ett brett sökfält i sökningen användes databaserna Cinahl och Pubmed. Databaserna inriktar sig på både omvårdnad och medicin (Axelsson, 2012). Sammanlagt gjordes fyra systematiska sökningar mellan 20171025-20171029 (Bilaga I). Tre av dem gjordes i Cinahl med *heart failure* och *life experiences* som ämnesord.

Olika kombinationer gjordes med sökorden *daily life*, *patient experience\**, *physical limitations* och *psychological limitations*. I Cinahl gjordes begränsningar med forskning mellan 2007-2017, peer review för att få fram vetenskapliga artiklar samt engelsk text.

I Pubmed användes *heart failure* som ämnesord vilket benämns som Mesh-term (Östlund, 2012). *Nurs\**, *patient experience*, *physical limitations* och *psychological limitations* söktes som enskilda sökord och kombinerades. Begränsningar i Pubmed gjordes med forskning mellan 2007-2017, engelsk text samt abstract valdes till för ökad chans till vetenskapliga artiklar.

Enligt Östlundh (2012) finns en möjlighet att bredda sökningen genom trunkering (\*) som innebär att databasen söker efter ordets alla böjningsformer. Trunkering användes till sökorden *patient experience* och *nurs*. Boolesk sökteknik används för att bestämma sambanden orden skall ha med varandra (Östlundh, 2012). Sökorden kopplades samman med hjälp av operatören "AND" och operatören "OR" för att få träffar på både *psychological limitations* eller *physical limitations*. En osystematisk sökning gjordes för att utöka datamaterialet till studiens resultat vilket resulterade i en artikel.

## Urval

Inklusionskriterierna för denna studie var artiklar som beskrev patienters egna erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. Samtliga 11 valda artiklar kvalitetsgranskades genom granskningsmallen utarbetad av Högskolan Väst (2017, bilaga II). Övriga inklusionskriterier var personer i alla åldrar med ospecifik NYHA-grad samt den senaste forskningen inom ämnet gjord mellan 2007-2017. Exklusionskriterierna var artiklar som ej var relevanta för studiens syfte, hade använt kvantitativ metod eller var reviewartiklar. Även anhöriga och vårdarens erfarenheter av hjärtsvikt exkluderades.

## Analys

Analysen av artiklarnas resultat gjordes med hjälp av metoden att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Metoden består av fem steg enligt Friberg (2012). Som första steg läses utvalda artiklar igenom flera gånger med fokus på artiklarnas resultat för att få en bra helhet av innehållet. Det som framträder och motsvar studiens syfte identifieras i varje artikels resultat som andra steg i processen. I tredje steget görs en sammanställning av varje studies resultat för att få en bra överblick av det analyserade materialet. I steg fyra jämförs de olika studierna med varandra för att hitta likheter och skillnader. Det kan till exempel vara liknande teman eller subteman som i sista steget görs om till nya övergripande teman (Friberg, 2012).

Inledningsvis studerades utvalda artiklar enskilt, sådant som tycktes svara mot studiens syfte markerades. Fokus riktades mot resultatdelarna. Det som svarade mot studiens syfte sammanställdes i ett gemensamt dokument och grupperades efter likheter och skillnader med hjälp av olika färger, som steg två och tre i analysen. Språket översattes till svenska och artiklarna numrerades för att tydliggöra vilken data som hörde till vilken artikel. I steg fyra skrevs sammanställningen ut och klipptes isär för att sammanföra resultatens likheter och skillnader under tillfälliga grupper. Allt material sattes upp på en vägg för att skapa en bra överblick. Materialet delades in i preliminära teman och subteman i steg fem. De urklippta delarna flyttades fram och tillbaka för att till sist bilda de slutgiltiga teman och subteman som gav ett överskådligt resultat och svarade på syftet om patienternas erfarenhet av att leva med hjärtsvikt.



## Resultat

Det analyserade datamaterialet resulterade i tre teman och åtta subteman utifrån patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt, se Tabell 1.

Tabell 1. Översikt över de teman som utgör patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt.

Huvudtema	Subtema
<b>Det dagliga livet förändras</b>	Begränsas i vardagen Behovet av närståendes stöd Känna sig som en börda
<b>Involveras i sin egen vård</b>	Bristande information Inte bli sedd eller hörd
<b>Lyssna på sitt hjärta</b>	Rädsla över att symtomen tar över Lära sig hantera vardagen En oviss framtid

### Det dagliga livet förändras

Temat handlar om patienternas erfarenheter av att inte längre kunna utföra aktiviteter som de tidigare kunnat och tagit för givet i sitt dagliga liv. Hjälp och stöd från familj, vänner och omgivning sågs som meningsfullt. Patienterna upplevde däremot en rädsla över att ses som en belastning för andra när behovet av hjälp fanns.

#### Begränsas i vardagen

Det innebar begränsningar i det dagliga livet att leva med hjärtsvikt. Viljan att utföra vardagliga aktiviteter som tidigare tagits för givet medförde att patienterna kände sig nedstämda, uttråkade och ensamma (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011; Hägglund, Boman & Lundman, 2008; Ryan & Farrelly, 2009; Walthall, Jenkinson & Boulton, 2016). Det var svårt att acceptera och de kände sig besvikna och några beskrev sig själva som lata (Burström et al., 2011).

Patienterna beskrev att det var mycket de ville göra runt huset men inte längre klarade av (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008), och att ge upp tidigare aktiviteter som varit betydelsefulla gjorde dem nedstämda (Andersson, Eriksson & Nordgren, 2012). På grund av tidigare erfarenheter av sina fysiska begränsningar litade de inte på den egna kapaciteten vilket gjorde att rädslan av att äventyra hälsan tog över. Detta bidrog till att patienterna kände sig osäkra om de vågade utföra en aktivitet (Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2010). Begränsningarna i vardagen beskrevs som rädsla för att falla och bryta benet och därför inte våga gå till affären. Andra erfarenheter uttrycktes som att förlora sin vardagsroll genom att inte orka bära hem matkassarna efter att ha varit och handlat eller känna sig lat när hushållssysslorna inte kunde utföras (Norberg, Boman, Löfgren & Brännström, 2014). En del patienter kände ensamhet då de tillbringade mycket tid för sig själva (Ryan et al., 2009).

Det fanns en önskan att uppnå en bättre fysisk kapacitet då det var svårt att ha energi till att påbörja en aktivitet (Norberg et al., 2014; Pihl et al., 2010). Upplevelsen av fysisk och emotionell tomhet var vanligt (Ryan et al., 2009). Vissa dagar beskrevs som sämre än andra, och uttrycktes som att det var omöjligt att ens lyfta upp armarna eller att det var svårt att ta sig upp för trappen utan att krypa på alla fyra, vilket skapade en känsla av att vara äldre än de var (Ryan et al., 2009). Den fysiska begränsningen skapade frustration över att behöva skära ner på aktiviteter (Rodriguez et al., 2008). Irritation uppstod också hos patienter som inte lika lätt accepterade sina begränsningar (Pihl et al., 2010).

Begränsningar i vardagen visade sig också som stress relaterat till nedsatt arbetsförmåga då det gav ekonomiska problem (Rodriguez et al., 2008). Erfarenheterna som beskrevs av de yngre yrkesverksamma patienterna var att kollegorna hade lite förståelse för deras begränsningar. Patienterna ville inte visa sig som svaga inför kollegor och arbetsgivare på grund av rädslan att förlora arbetet. De som var sjukskrivna upplevde att arbetsgivaren övergav dem. Det kändes däremot stöttande när kollegorna genuint försökte involvera dem i aktiviteter (Lindbäck & Nordgren, 2014).

### **Behovet av närståendes stöd**

Det sågs som meningsfullt och naturligt med stöd från familj, vänner och omgivning (Norberg et al., 2014; Pihl et al., 2010; Waterworth & Jorgensen, 2009). Stödet från familj och omgivning lindrade ångest och depression vilket gjorde att relationerna värderades högre och de kom varandra närmare (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007). Patienterna kände trygghet av att inte gå igenom sjukdomen ensam tack vare partner, barn eller barnbarn som ringde, besökte och hjälpte till med praktiska sysslor (Burström et al., 2011). Patienterna försökte hjälpa barn och barnbarn samt vänner så gott de kunde utifrån den förmåga de hade (Norberg et al., 2014).

Patienternas erfarenheter var att de förlorade sitt sociala nätverk på grund av fysisk begränsning (Norberg et al., 2014). Vissa såg livet som meningslöst och kände sig isolerade då relationerna påverkades eftersom de inte hade energi till att åka och träffa vänner (Hägglund et al., 2008; Pihl et al., 2010). Detta ledde till förlust av vänner och intressen som skapade skuld känslor och frustration (Ryan et al., 2009; Waterworth et al., 2009). Även rollen i familjen förändrades då patienterna drog sig undan familjesammankomster eftersom de inte kunde utföra sysslor de tidigare tagit ansvar för (Norberg et al., 2014; Pattenden et al., 2007).

### **Känna sig som en börda**

Patienternas erfarenheter var att de kände sig besvikna och frustrerade eftersom de inte kunde utföra vissa saker själva utan att ta hjälp av andra. Det ingav känslan av onormalt och begränsat liv (Walthall et al., 2016). Enligt Ryan et al. (2009) beskrevs det känslor som frustration av att inte längre kunde klä på sig själva. Patienterna beskrev även att de kände sig styrda av andra då de fick anpassa sig efter andras liv (Hägglund et al., 2008). Patienterna kunde också känna sig övervakade av familjens välmening genom att inte låta dem utföra någonting i hemmet. Det beskrevs hur en nära anhörig tog över allt ansvar i hemmet vilket ledde till förlust av personlig frihet (Ryan et al., 2009).

Att inte längre kunna bo kvar hemma och behovet av hjälp skapade ångest. Patienterna kände rädsla av att visa sig sjuka, blotta sina begränsningar och känna sig som en börda för partners, vänner och familj (Burström et al., 2011; Waterworth et al., 2009). Patienternas erfarenheter var att de kände sig i vägen och tidskrävande för hälso- och sjukvårdspersonalen på grund av att de var där så ofta (Ryan et al., 2009).

### **Involveras i sin egen vård**

Temat behandlar patienternas erfarenheter av sjukvården. Informationen som gavs var ofta bristfällig och patienterna hade liten kunskap om deras sjukdom.

### **Bristande information**

Patienterna upplevde brist på tillräcklig information och en del levde med hjärtsvikt utan att veta om det (Andersson et al., 2012; Burström et al., 2011). Patienterna hade svårt att förstå läkarens information vilket upplevdes som ett problem och patienter skyllde på sig själva för att de inte ställde frågor om sin sjukdom (Andersson et al., 2012). Det fanns otillräcklig kunskap om vart symtomen kom ifrån och vad orsaken till deras tillstånd berodde på vilket skapade rädsla och oro (Burström et al., 2011; Pattenden et al., 2007; Rodriguez et al., 2008; Walthall et al., 2016; Waterworth et al., 2009).

Patienterna som var yrkesverksamma kände sig övergivna av sjukvården vilket skapade irritation och frustration (Lindbäck et al., 2014). Patienterna visste inte vem de skulle ringa till för att bli sjukskrivna och beskrevs som att läkaren inte hörde av sig och återgick därför till arbetet. När läkaren väl hörde av sig upplevdes det vara för sent och att sjukvården var svår att få tag på. Detta kunde upplevas värre än att vara sjuk menade patienterna (Lindbäck et al., 2014).

I de fall som läkaren förklarat effekterna av hjärtsvikt i detalj beskrevs en tacksamhet av patienterna. Detta hjälpte patienterna att förbereda sig om vad som händer och varför under sjukdomens gång samt inse vikten att följa rekommendationerna av egenvården (Rodriguez et al., 2008).

### **Inte bli sedd eller hörd**

Patienterna upplevde att det tog lång tid innan diagnos ställdes relaterat till deras symtom och att läkaren inte lyssnade när de försökte förklara sina problem vilket skapade frustration (Rodriguez et al., 2008). Patientbesök upplevdes rörigt i något fall när läkaren pratade i telefonen samtidigt, detta bidrog till brist på tillit. För att få kontakt med sjukvården upplevde patienterna att de fick jaga efter läkaren (Lindbäck et al., 2014).

Brist på kontinuitet upplevdes av patienterna då de varje gång möttes av nya unga läkare som ändrade deras läkemedelsordinationer. Patienterna upplevde dessutom att hälso- och sjukhuspersonalen inte trodde på dem när de var i behov av symtomlindring eller behandling enligt Ryan et al. (2009), och kände heller inget stöd från primärvården (Andersson et al., 2012). Misstron till vården berodde på nedskärningar menade Burström et al. (2011) och oro över bemötandet inför kommande eventuella flytt till äldreboende (Waterworth et al., 2009). Patienternas erfarenheter av personalens bemötande varierade då några menade att personalen oftast var hjälpsamma men utbildad personal var lite hårda och nonchalanta enligt Waterworth et al. (2009).

Det fanns patienter som hade positiva erfarenheter av kontinuerlig relation med hälso- och sjukvårdspersonal. Patienterna ville fortsätta ha kvar den goda kontakten när tillståndet försämrades för att inte känna sig som en börda. Förväntningarna på god vård baserades på deras erfarenheter (Waterworth et al., 2009).

### **Lyssna på sitt hjärta**

Temat beskriver patienternas erfarenheter av hjärtsviktens symtom och hur dessa påverkade dem, samt hur patienterna fann olika strategier för att underlätta vardagen. Temat beskriver även att framtiden kunde upplevas skrämmande och osäker när självständigheten hotades.

### **Rädsla över att symtomen tar över**

Andfåddhet, andnöd och trötthet upplevdes som de vanligaste symtomen och patienterna upplevde dagligen andningssvårigheter (Burström et al., 2011; Pattenden et al., 2007; Rodriguez et al., 2008; Walthall et al., 2016). Svårighetsgraden av de ansträngande symtomen varierade från dag till dag (Norberg et al., 2014; Hägglund et al., 2008).

Andra symtom som patienterna upplevde var benödem och yrsel (Burström et al., 2011; Pattenden et al., 2007).

Patienterna kände sig rädda, skräckslagna och oroliga över att inte kunna andas, (Walthall et al., 2016) och många upplevde nattlig andnöd (Pattenden et al., 2007). Det förekom att patienterna vaknade mitt i natten och fick sätta sig upp för att kunna andas vilket skapade en känsla av att drunkna och patienterna beskrev detta som dödsångest (Burström et al., 2011; Ryan et al., 2009 & Walthall et al., 2016). Det orsakade rädsla och panik över att gå och lägga sig samt oroa sig över när nästa attack skulle komma (Ryan et al., 2009; Walthall et al., 2016). Andfåddheten påverkade patienternas vardagliga aktiviteter som att äta, gå eller prata. Patienterna upplevde bekymmer med att duscha eftersom ångan förvärrade andningen. Skammen som infann sig över andningsbesvären hos patienterna vid sociala umgängen orsakade stress, panik och ångest vilket i sin tur förvärrade andningen ytterligare (Walthall et al., 2016).

Trötthet var nära relaterat med andningsbesvären och patienterna menade att det gav en känsla av att aldrig vara riktigt utvilad. Brist på energi påverkade hela deras livssituation (Hägglund et al., 2008). Enkla vardagliga aktiviteter blev en stor utmaning. Att putsa skorna beskrevs som utmattande vilket krävde minst 15 minuters vila efter (Ryan et al., 2009). Patienternas erfarenhet var att den fysiska tröttheten kunde komma plötsligt vilket ledde till att det var svårt att slutföra aktiviteter, det tog längre tid eller att de fick avstå (Andersson et al., 2012; Norberg et al., 2014).

### **Lära sig hantera vardagen**

På grund av fysisk begränsning var patienterna medvetna om att deras livssituation var tvungen att förändras (Hägglund et al., 2008). En del patienter gjorde det bästa av situationen och vägrade fokusera på sjukdomen (Pattenden et al., 2007). Anpassa och organisera sitt dagliga liv utefter egen förmåga sågs som ett aktivt val och en möjlighet att återfå kontroll över sitt liv (Andersson et al., 2012). Behov fanns av att hitta andra sätt att utföra aktiviteter genom att dela upp aktiviteterna och genomföra på en skonsammare nivå (Pihl et al., 2010).

Patienterna upplevde det dock svårt att förändra sin livsstil (Burström et al., 2011). Enligt (Waterworth et al., 2009) upplevde patienterna otrygghet och hade olika sätt att hantera sjukdomen. Söka mer information, finna stöd från religion och omgivning samt motionera dagligen för att undvika försämring och upprätthålla en känsla av kontroll var några sätt att hantera vardagen. En del följde rekommendationen av egenvården för att undvika stress (Waterworth et al., 2009). Andra patienter försökte hantera sin andfåddhet genom bland annat andningsövningar (Walthall et al., 2016). Några hade lärt känna sin kropp och tog pauser när de kände andfåddhet, oregelbundna hjärtslag eller plötslig stigande ilska (Burström et al., 2011; Norberg et al., 2014). Det var viktigt att våga lita på sig själv trots sjukdom och utmana till fysisk aktivitet för att känna något meningsfullt (Burström et al., 2011; Walthall et al., 2016). Det beskrevs hur en man gick till kyrkan även om det skulle döda honom (Rodriguez et al., 2008). Patienterna försökte hitta andra intressen och aktiviteter för att ersätta tidigare vilket gav en möjlighet att förändra vanor i deras liv (Pattenden et al., 2007; Waterworth et al., 2009).

Patienterna använde också hjälpmedel för att hantera vardagen och underlätta aktiviteter vilka kunde vara att använda rollator på promenaden eller att lägga kuddar under armarna vid handarbeten (Burström et al., 2011; Norberg et al., 2014). Internetbaserad kommunikation var en möjlighet till social kontakt med vänner och familj som upplevdes värdefullt och gav en känsla av trygghet (Norberg et al., 2014).

Det krävdes däremot mycket vila för att kunna utföra aktiviteter vilken tog mer plats i det dagliga livet (Pihl et al., 2010; Ryan et al., 2009). Vila sågs inte alltid som inaktivitet utan bidrog till att bevara den kognitiva förmåga och kunde bestå av att lösa korsord eller lyssna på musik (Norberg et al., 2014). Dessa små saker upplevdes positivt eftersom de blev medvetna om att deras minne var intakt (Hägglund et al., 2008).

### **En oviss framtid**

Framtiden upplevdes skrämmande och osäker eftersom deras tidigare självständighet setts som självklar och nu hotades av kronisk sjukdom (Hägglund et al., 2008). Detta skapade känslor som rädsla, förtvivlan och ovisshet inför framtiden samt hur länge patienterna hade kvar att leva (Pattenden et al., 2007; Pihl et al., 2010; Ryan et al., 2009; Walthall et al., 2016).

Patienterna beskrev att hoppet om framtiden var förlorad då de inte hade någonting att se fram emot (Ryan et al., 2009; Waterworth et al., 2009) och många patienter upplevde sitt liv som att det redan var över (Walthall et al., 2016). Det beskrevs hur alkohol togs till för att försöka lindra lidande och finna tröst (Ryan et al., 2009).

Ångestkänslor över att bli beroende av andra i framtiden, att bli ensam eller dö upplevdes enligt Burström et al. (2011). En del tvivlade på om de verkligen kommer få den hjälp de behöver i framtiden (Hägglund et al., 2008). För att hantera sin otrygghet och rädsla inför framtiden, samtalade några patienter med sin familj samt skrev ner önskingar om kommande vård och boendeförhållanden (Waterworth et al., 2009). Andra beskrev en trygghetskänsla av att det finns äldreboende med tillgång till gemenskap för att inte känna sig ensamma när behovet av vård ökar (Burström et al., 2011).

Patienterna upplevde att det var viktigt att ha en realistisk förväntning på framtiden (Pihl et al., 2010) samt ta en dag i taget istället för att planera framåt (Burström et al., 2011; Rodriguez et al., 2008). En del patienter ansåg att döden var något naturligt för deras ålder (Andersson et al., 2012; Waterworth et al., 2009). Att acceptera det förflutna, det nuvarande livet och framtiden upplevdes lugnande och skapade trygghet då de inte oroade sig för morgondagen. Patienterna menade att döden kommer när det är tid för den (Burström et al., 2011).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. För att bidra till evidensbaserad omvårdnad valdes en metod med grund i analys av kvalitativ forskning. Metoden lämpar sig bra då människors erfarenheter studeras för att få en fördjupad förståelse över fenomenet (Friberg, 2012). För att besvara studiens syfte användes enbart kvalitativ forskning då kvantitativ forskning inte beskriver människors erfarenheter.

Inklusionskriterier var att artiklarna inte fick vara äldre än tio år vilket kan stärka resultatets trovärdighet då forskningen är aktuell. En svaghet med studien kan vara yrkesverksamma patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt då endast en artikel beskrev detta.

Inga begränsningar gjordes gällande NYHA-klassificering eller ålder för att få ett brett perspektiv. En styrka med studien kan vara att resultatet beskriver både patienter med mild hjärtsvikt och med svår hjärtsvikt samt yrkesverksamma och äldre patienter. Polit och Beck (2012) menar att trovärdigheten och överförbarheten beror på hur studiens slutresultat kan appliceras på likvärdiga grupper eller situationer. Personer som lever med andra kroniska sjukdomar eller andra hjärtsjukdomar kan ha liknande erfarenheter av exempelvis sjukvården och fysisk trötthet. Därför anser författarna att denna studies resultat kan till viss del överföras till dessa grupper. Majoriteten av de analyserade artiklarna var genomförda i Sverige (Bilaga III). Övriga artiklar var från USA, England, Nya Zeeland och Irland vilket kan ge ytterligare styrka och trovärdighet då patienterna kom från olika länder. Detta kan öka överförbarhet då resultatet påvisar liknande erfarenheter av att leva med hjärtsvikt oberoende av vilket land patienterna kommer ifrån.

Feltolkningar kan förekomma då författarnas modersmål inte är engelska. För att minska risken för feltolkning av text utfördes individuella värderingar av varje artikels styrkor och svagheter som sedan diskuterades tillsammans. Artiklarna granskades först enskilt utifrån dess kvalitet enligt granskningsmallen utarbetad av Högskolan Väst (2017, Bilaga II). Författarna jämförde sedan varandras granskningar för att urskilja likheter och skillnader. Detta ansågs vara en styrka då varje artikel granskades, jämfördes och diskuterades upprepade gånger. Tillförlitligheten kan ökas om datamaterialet analyseras enskilt av flera författare enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2015).

Resultatet kan ha blivit annorlunda om sökningarna utförts i flera databaser och kombinerats med fler sökord för att öka antalet träffar vilka kunde ha varit valda artiklars nyckelord. Sökningarna som utfördes ansågs dock ge tillfredsställande mängd datamaterial därför utfördes inga ytterligare sökningar förutom en osystematisk sökning som tillkom senare för att ersätta en preliminär vald artikel. Den systematiska sökningen i Pubmed genererade enbart en artikel då relevanta träffar redan var valda i Cinahl. En svaghet med denna artikel kan anses vara att utgivningsåret var 2005 men publicerades i uppdaterad form 2007. Artikeln valdes ändå att inkluderas då datan ansågs vara värdefull för denna studiens syfte.

Ett forskningsetiskt förhållningssätt har använts genom att använda korrekt källhänvisning från samtliga artiklar för att redovisa studiens resultat. Ett etiskt förhållningssätt har beaktats i arbetet. Det innebär att resultat eller vetenskaplig data inte får plagieras, förfalskas, eller stjälas enligt CODEX (2017). Vidare etiska ställningstaganden som diskuterats är begreppet patient. SSF (2016a) menar att personcentrerad vård är något annat än individuell vård eller individfokuserad vård. Även om patient används i denna studie för att benämna personers erfarenheter och upplevelser vill författarna inte kategorisera människor på grund av deras sjukdom. Då erfarenheter av att leva med hjärtsvikt står i fokus till denna studie och beskrivs av personer som gemensamt har behov av stöd eller vård i någon form, valdes ändå begreppet patient. Detta för att tydliggöra vilket perspektiv studien är gjord utifrån.

Artiklarna som använts till studiens resultat var godkända av en etisk kommitté eller hade en etisk diskussion. Enligt Polit och Beck (2012) finns det olika etiska principer som forskare ska förhålla sig till. Det innefattar bland annat ett etiskt förhållningssätt som innebär att inte vara dömande eller okänslig gentemot deltagarna. All data ska förvaras strikt konfidentiellt och identiteten ska ej gå att kopplas genom data som presenteras. Deltagarnas rättigheter gäller under hela studieprocessen, även efter studien avslutats (Polit och Beck, 2012). Majoriteten av de artiklar som använts i denna studiers resultat har en etisk diskussion där deltagarnas rätt att avbryta sin medverkan utan att ange orsak framgån. Samt att deltagarna fått information om studiens syfte och de gav sitt medgivande om att delta både skriftligt och muntligt.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. Resultatet genererade tre teman; det dagliga livet förändras, involveras i sin egen vård och lyssna på sitt hjärta.

### **Det dagliga livet förändras**

Hjärtsvikt är en sjukdom som leder till en begränsad vardag för både patienter och anhöriga på grund av nedsatt funktion och trötthet som tillståndet orsakar (Löfvenmark, Mattiasson, Billing & Edner, 2009). I studiens resultat framkommer det att patienterna upplevde en nedsatt förmåga att leva ett socialt liv vilket ledde till ensamhet. Patienterna i denna studie upplevde att deras relationer påverkades på grund av minskad energikapacitet. Arman (2012) menar att lidande kan uppstå när människans integritet hotas vilket kan ses hos patienter som tvingas ge upp tidigare aktiviteter på grund av sin sjukdom. Ett sjukdomslidande kan enligt Eriksson (2015) orsakas av social isolering. Lidande hos kronisk sjuka personer kan också orsakas av den personliga förlusten då den tidigare självbilden går förlorad utan att samtidigt utveckla en ny lika värdefull menar Charmaz (1983).

Resultatet påvisar patienternas vilja att utföra tidigare aktiviteter som tagits för givet men inte längre var möjliga att utföra på samma sätt, vilket var svårt att acceptera. Här har sjuksköterskan ett ansvar att främja insatser för att tillgodose hälsa och sociala behov (SSF, 2014a).

I resultatet framkommer det att patienterna kände trygghet tack vare stödet från familj, vänner och omgivning. Ensamhet kan bero på färre sociala kontakter och att vara gift eller leva med någon kan minska känslan av ensamhet enligt (Löfvenmark et al., 2009). Ohälsa och sjukdom är sällan något som enbart påverkar individen själv utan inkluderar personens sociala nätverk. Personen är beroende av sitt sociala sammanhang, sin partner eller betydelsefulla andra (SSF, 2016c). Charmaz (1985) menar att bli mer beroende av andra och bli immobiliserad beror på upplevelsen av att känna sig som en börda vilket är i linje med denna studies resultat. Patienterna upplevde att de blev mer beroende av andras hjälp för att klara sin vardag. Detta medförde att de kände sig besvikna på sig själva och blev frustrerade över situationen.

### **Involveras i sin egen vård**

En annan erfarenhet som framkommer i studiens resultat är bristen på information från hälso- och sjukvården. Den information som patienterna fick av läkare var svår att förstå och bristande information om sjukdomen skapade rädsla och oro. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska informationen anpassas till patientens individuella förutsättningar och sjukvårdspersonalen skall i möjligaste mån se till att patienten förstår innebörden av informationen. Studiens resultat indikerar att hälso- och sjukvården inte ger tillräckligt adekvat information till patienter med hjärtsvikt. I de fall där informationen var tydlig så hade patienterna blivit hjälpta att förstå betydelsen av att utföra egenvård. För att utföra egenvård krävs kunskaper om vad handlingarna innebär för patienten och hur det kan underlätta det dagliga livet samt förbättra hälsa och välbefinnande (Orem, 2001).

Hälso- och sjukvårdspersonal ska enligt patientlagen (SFS 2014:821) tillfredsställa patientens behov av trygghet och kontinuitet. I resultatet framkommer det att patienterna upplevde en önskan om bättre stöd och kontinuitet vid besök på vårdinrättningar. Patienterna i denna studie hade också erfarenheter av att det var svårt att få kontakt med läkaren, röriga patientbesök samt långa väntetider innan diagnos ställdes. Resultatet liknar en annan studies resultat av Jowsey, Dennis, Yen, Mofizul, Parkinson och Dawda (2016) som beskriver att patienter med kroniska sjukdomar upplevde brist på kontinuitet, kommunikation och patientuppföljning vilket var frustrerande och ångestframkallande. I resultatet till denna studie framkommer det även att patienterna upplevde att hälso- och sjukhuspersonalen inte tog dem på allvar när de var i behov av behandling eller symtomlindring. Enligt SSF (2014b) ska patienten vara en del av teamet. Vårdpersonalen ska lyssna till patientens berättelse och försöka förstå hur symtomen påverkar vardagen.

I en studie framkommer patienters erfarenheter av bristande instruktioner gällande fysisk träning vid hjärtsvikt (Albert, Forney, Slifcak & Sorrell, 2015). Hälso- och sjukvårdspersonalen gav inga individuella råd anpassade efter den enskildes behov. Detta orsakade rädsla över att fysisk träning skulle orsaka mer skada än nytta. Andra patienter i samma studie beskrev däremot positiva erfarenheter efter att ha träffat en fysioterapeut som gav värdefull information om träning. De fick instruktioner om aktiviteter och motion samt råd om var de kunde finna mer information själva genom att prenumerera på nyhetsbrev (Albert et al., 2015). Detta är i linje med denna studies resultat då det framkommer att patienterna hade bristande kunskap om deras sjukdomstillstånd. Därför anser författarna att sjuksköterskor bör besitta nödvändig kunskap om att leva med hjärtsvikt för att hjälpa och stödja patienter i livsstilsförändringar och egenvård.



Ericson och Ericson (2012) menar att andra professioner med fördel kan involveras för att patienter ska få bästa möjliga vård. En dietist eller fysioterapeut kan tillgodose patienter med individanpassad kost eller motionsråd om sjuksköterskans kunskap inte är tillräcklig. Enligt SSF (2016a) innefattar en personcentrerad vård att utforma livsstilsförändringar samt egenvård utefter patienternas upplevelser och tolkningar av sjukdom samt ohälsa.

### **Lyssna på sitt hjärta**

Enligt Dickstein et al. (2008) är de vanligaste symtomen vid hjärtsvikt andfåddhet och trötthet vilket även patienterna i denna studie hade erfarenhet av. Detta påverkade patienternas vardagliga liv till den gräns att de bland annat upplevde svårigheter att kommunicera eller äta. Ericson och Ericson (2012) menar att vid hjärtsvikt kan dödsångest förekomma vilket kan medföra sömnstörningar och en rädsla för att somna. Resultatet i denna studie visar att patienterna upplevde detta vilket bör tas på allvar. Enligt Ericson och Ericson (2012) kan stödsamtal erbjudas för att ge goda råd och underlätta sömnen vilket kan vara att sova med lätt höjd huvudända samt undvika sena måltider innan läggdags.

I resultatet framkommer patienternas olika strategier för att finna mening i livet. Det kunde bland annat vara att utföra aktiviteter som att gå till kyrkan trots fysisk begränsning. Eller att hitta nya intressen och aktiviteter för att ersätta tidigare. SSF (2016b) framhåller att människan ställs inför frågor om vad som är viktigt och meningsfullt i livet i samband med ohälsa och lidande. Upplevelsen av mening är individuellt och styrs utifrån olika situationer och förändras från dag till dag. Patientens förändrade livssituation kräver därmed insikt och lyhördhet av den som utför omvårdnad (SSF, 2016b). Patienten behöver få lära sig tecken på hjärtsvikt för att kunna anpassa aktiviteterna efter hjärtats kapacitet (Ericson & Ericson, 2012).

Studiens resultat visar att patienter kände en rädsla och oro av att inte veta vad som komma skall och om livet skulle ta slut för tidigt. Enligt Eriksson (2015) behöver patienten hitta ny livsglädje och SSF (2016b) menar att när livet är svårt har människor en förmåga att kunna finna mening på olika vis. Det kan vara genom att utföra, uppleva något eller att känna tillit. För att kunna anförtro sig till sjuksköterskan behöver patienten känna tillit i vårdrelationen. Sjuksköterskan behöver engagera sig och visa förtroende samt öppenhet. Patienter behöver sjuksköterskans engagemang, motivation och vägledning för att kunna fokusera på aktiviteter som de fortfarande kan utföra och inte enbart det som de inte längre kan göra (SSF, 2016b). Resultatet visar därmed på vikten av att sjuksköterskan hjälper och stöttar patienterna att finna ny livsglädje genom att få en annan syn på framtiden genom nya aktiviteter och intressen.

### **Slutsatser**

Resultatet av patienternas erfarenheter av att leva med hjärtsvikt visade att de upplevde en begränsning i sin vardag. Det medförde ett behov av hjälp från omgivningen och det upplevdes som att vara en börda. Från sjukvårdens håll gavs bristfällig information och liten notis togs om patienternas behov av att bli tagna på allvar och få inblick i sin sjukdom. Att leva med hjärtsvikt gav en känsla av osäkerhet för framtiden. Slutsatser som dras är att hjärtsvikt är en sjukdom som innebär fysiska och psykosociala begränsningar som kan medföra lidande och minskad livskvalité för patienten. Sjuksköterskor behöver ha kunskap om patienters erfarenheter av att leva med hjärtsvikt för att kunna möta de behov som finns hos den enskilde och planera och genomföra adekvat omvårdnad.

## **Praktiska implikationer**

Denna studie kan ge sjuksköterskor ökad förståelse om hur det är att leva med hjärtsvikt. Hjärtsvikt är en sjukdom som drabbar äldre i stor utsträckning. Sjuksköterskor möter ideligen dessa patienter i olika vårdssammanhang. Genom att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan de tillgodose varje enskild patients behov av stöd för att förändra sin livsstil och utöva egenvård. En lyckad egenvård kan reducera belastningen på sjukvården och även minska patientens lidande. Studien kan därmed användas som ett kunskapsunderlag i omvårdnadsarbetet för legitimerade sjuksköterskor.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde**

I takt med forskningens utveckling av nya behandlingar och omvårdnadsåtgärder behövs fortsatta studier om patienters erfarenheter. Forskningen som idag finns om hur det är att leva med hjärtsvikt inriktas till stor del på hjärtsviktens negativa inverkan på det dagliga livet. För att ge sjuksköterskan lämpliga verktyg i omvårdnaden vore det intressant med vidare forskning om vad som bidrar till att patienten lyckas med sina livsstilsförändringar och egenvård, det vill säga framgångsfaktorer för att få en bättre vardag.

## Referenser

Artiklar markerade med \* ingår i studiens resultat.

Albert, N. M., Forney, J., Slifcak, E., & Sorrell, J. (2015). Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 44(1), 2-8. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.08.006

American Heart Association. (2017). *Classes of Heart Failure*. Hämtad 2017-10-27, från [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure\\_UCM\\_306328\\_Article.jsp#.WfM\\_htdl\\_IV](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.WfM_htdl_IV)

\*Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L. (2012). Living with heart failure without realising: a qualitative patient study. *British Journal Of Community Nursing*, 17(12), 630-637.

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin. & I, Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-196). Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär, B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-220). Lund: Studentlitteratur

\*Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 816-825. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x

CODEX. (2017). Oredlighet i forskning. Hämtad 2017-11-30, från <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>

Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 186-195. doi: 10.1111/1467-9566.ep10491512

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J J.V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A., ... Zannad, F. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Heart Journal*. 29(19), 2388-2442. doi:10.1093/eurheartj/ehn309

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

*Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur.

Håkansson, J., & Hernborg, A. (2009). Primärprevention. I F. Lindgärde., T. Thulin., & J. Östergren (Red.), *Kärlsjukdom: Vaskulär medicin* (ss. 49-60). Lund: Studentlitteratur.

Hjärt- Lungfonden. (2016a). *Hjärtsvikt- En skrift om försämrad pumpfunktion*. Stockholm: Hjärt & Lungfonden.  
[https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtsvikt\\_2016\\_webb.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtsvikt_2016_webb.pdf)

Hjärt- Lungfonden. (2016b). *Hjärtrapporten 2016 - En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Stockholm: Hjärt & Lungfonden.  
<https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten2016.pdf>

\*Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 290-295. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.12.004

Högskolan Väst. (2017). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod, med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011).

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 25(4), 244-249. doi: 10.1080/02813430701691778

Jowsey, T., Dennis, S., Yen, L., Mofizul, I.M., Parkinson, A., & Dawda, P. (2016). Time to manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. *Sociology of health & illness*, 38(6), 854-873. doi: 10.1111/1467-9566.12404

\*Lindbäck, C., & Nordgren, L. (2014). To be on sick-leave due to heart failure: a qualitative perspective. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1732-1738. doi: 10.3109/09638288.2014.974835

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2015). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2nd ed., 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Löfvenmark, C., Mattiasson, A., Billing, E., & Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 251-258. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.05.001

\*Norberg, E-B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M. (2014). Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 392-399. doi:10.3109/11038128.2014.911955

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.

\*Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J.P. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (6), 273-279. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097

\*Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2010). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 3-11. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rikssvikt- nationellt hjärtsviktsregister. (2017). *Om hjärtsvikt*. Hämtad Oktober 28, 2017 2017-10-28, från <http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/allmaenhet/om-hjaertsvikt>

\*Rodriguez, K. L., Appelt, C. J., Switzer, G. E., Sonel, A. F., & Arnold, R. M. (2008). 'They diagnosed bad heart': A qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart and Lung*, 37(4). 257-265. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.09.001

\*Ryan, M., & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (8), 223-231. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Spaling, A. M., Currie, K., Strachan, H. P., Harkness, K., & Clark, M. A. (2015). Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2478–2489. doi: 10.1111/jan.12712

Svensk sjuksköterskeförening. (2014a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014b). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vårdhandboken. (2017). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2017-11-06, från [http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad\\_vard/](http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_vard/)

Världshälsoorganisationen. (2017). Hämtad 2017-11-30 från <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

\*Walthall, H., Jenkinson, C., & Boulton, M. (2016). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 2036-2044  
doi:10.1111/jocn.13615

\*Waterworth, S., & Jorgensen, D. (2010). It's not just about heart failure - voices of older people in transition to dependence and death. *Health and Social care in the Community*, 18(2): 199–207. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00892.x

Welstand, J., Carsson, A., & Rutherford, P. (2009). Living with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1374-1385. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.009

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga I

### Sökhistorik av de systematiska artikelsökningarna

<b>Sökning 1</b> Cinahl 20171025	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa titlar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultatet</b>
S1	(MH "Heart failure")	21096				
S2	Daily life	18227				
S3	AB patient experience*	68424				
S4	S1 AND S2 AND S3	33				
Begränsningar:	2007-2017, engelska, peer review	23	23	16	6	5

<b>Sökning 2</b> Cinahl 20171026	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa titlar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultatet</b>
S1	(MH "Heart failure")	21103				
S2	Physical limitations OR psychological limitations	8270				
S3	S1 AND S2	62				
Begränsningar:	2007-2017, engelska, peer review	28	28	16	1	1

<b>Sökning 3</b> Cinahl 20171026	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa titlar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultatet</b>
S1	(MH "Heart failure")	21096				
S2	(MH "Life experience" )	13741				
S3	S1 AND S2	50				
Begränsningar:	2007-2017, engelska, peer review	40	40	20	4	3

<b>Sökning 4</b> Pubmed 20171029	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa titlar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultatet</b>
S1	"Heart failure"[Mesh]	103832				
S2	Nurs*	852027				
S3	physical limitations OR psychological limitations	25806				
S4	S1 AND S2 AND S3	21				
Begränsningar:	2007-2017, engelska, abstract	9	9	6	1	1



## Bilaga II

### Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Framkom ej

Finns etiskt resonemang?  Ja  Nej  Framkom ej

#### Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej  
- Strategiskt?  Ja  Nej  Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

#### Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt?  Ja  Nej  Vet ej  
- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Ej relevant  
- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Ej relevant

#### Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till  Ja  Nej  Vet ej

-Teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

-Genereras teori?  Ja  Nej  Ej relevant

#### Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent  
Granskningspoäng; grad I (80-100%)  grad II (70-79%)  grad III (60-69%)

**Tidskriftens bedömningssystem**  Double  Single  Ej  
Peer review  blinded  blinded  angivet

### Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Rodriguez, K.L., Appelt, J., Switzer, G.E., Sonel, A.F., & Arnold, A.F.  2008  USA	<b>Problem:</b> Det är viktigt att förstå patienters upplevelser, då patientundervisning är centralt vid hjärtsvikt. <b>Syfte:</b> Att utforska patienters kunskap om hjärtsvikt, deras förståelse av den rekommenderade behandlingen och deras syn på hjärtsviktens påverkan i det dagliga livet	En kvalitativ studie genomfördes med en grundad teori som metod för att analysera ljudinspelade intervjuer. Intervjuerna var semi-strukturerade öppna telefonintervjuer	Patienter 18 år eller äldre som kunde hantera engelska språket  25 deltagare (24 män, 1 kvinna), medelålder 70.4 år med hjärtsviktsdiagnos	Patienter upplevde att de inte fått adekvat information från sjukvården samt att det dröjde länge innan de fick rätt diagnos relaterade till deras symtom	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J.  2010  Sweden	<b>Problem:</b> I det dagliga livet upplever många patienter ökad ansträngning och minskad kvalité vid aktiviteter. Det behövs förståelse för vad patienten upplever som mest besvärligt för att kunna stödja patienten i sin egenvård. <b>Syfte:</b> Att beskriva hur patienter som lider av kronisk hjärtsvikt uppfattar deras fysiska begränsningar i dagliga livet.	Explorativ och kvalitativ design användes  Semi-strukturerade öppna intervjuer analyserades genom de sju stegen enligt fenomenografisk tradition.	Patienter med hjärtsviktsdiagnos som kunde tala och förstå det svenska språket.  15 patienter (10 män, 5 kvinnor), medelålder 76 år	Patienterna upplevde aspekter som rörde fysiska begränsningar i vardagen vilket resulterade i fyra referensaspekter: "Behov av att finna praktiska lösningar i det dagliga livet", "Ha realistiska förväntningar på framtiden", "Inte tro på sin egna förmåga" och "Tappa sin sociala roll i dagliga livet"	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Walthall, H., Jenkinson, C., & Boulton, M.  2016  England	<b>Problem:</b> Andfäddhet är det främsta symtomet vid hjärtsvikt vilket ofta leder till sjukhusvistelse. Dock diskuterar inte vårdpersonal tillräckligt om patienternas subtila upplevelser. <b>Syfte:</b> Var att utforska hur patienterna beskrev sina erfarenheter av andfäddhet och hur det påverkar det dagliga livet samt hur patienterna anpassar sig för att hantera det.	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes och analyserades med hjälp av tematisk analys.	Patienter som senaste året varit inlagda på sjukhus och diagnoserad med hjärtsvikt. Kunna förstå och tala engelska eller ha tillgång till tolk.  25 patienter deltog (15 män, 10 kvinnor), medelålder 72.7 år.	Det framkom att alla patienter dagligen kände andfäddhet. Fyra underteman identifierades: Känslomässig inverkan av andfäddhet, typ av andfäddhet, andfäddhetens påverkan i det dagliga livet och hantering av andfäddhet.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L.  2012  Sweden	<b>Problem:</b> Det finns lite kunskap om hur patienter med hjärtsvikt upplever stöd av den primära sjukvården. <b>Syfte:</b> Att beskriva hur personer med hjärtsvikt upplever stöd inom svensk primärvård.	Semi-strukturerade intervjuer som analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans metod.	Deltagarna var strategiskt utvalda till studien genom ett journalsystem.  Deltagarna var totalt 11st (6 kvinnor, 5 män), medelålder 77 år, som levt med hjärtsvikt mellan 1-5 år.  Exklusionskriterierna var mental sjukdom, demens, drogmissbruk, oförmåga att hantera svenska språket	Patienter kände knappt till att de hade diagnostiserats med hjärtsvikt, de upplevde bristande information om deras tillstånd och orsaker. Patienterna trodde att deras symptom berodde på normalt åldrande.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B.  2008  Sweden	<b>Problem:</b> Trötthet är ett besvärligt och vanligt symtom vid hjärtsvikt. Många aktuella metoder missar att belysa vilken betydelse dessa symtom har för patienten <b>Syfte:</b> Att belysa livserfarenheter av trötthet bland äldre kvinnor med hjärtsvikt	Berättande intervjuer genomfördes och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna rekryterades genom hjärtsviktsregister på ett lokalt sjukhus. Deltagarna skulle vara kvinnor över 70 år med en hjärtsviktsdiagnos och kunna kommunicera på svenska.  10 kvinnor i åldrarna 73-89år deltog i studien.	Trötthet upplevdes som brist på fysisk energi vilket ledde till skillnader mellan viljan att göra och kapaciteten av att kunna göra någonting. Viljan att minska beroendet av andra ledde till att dagligen kämpa emot tröttheten.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Norberg, E.B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M.  2014  Sweden	<b>Problem:</b> Det behövs djupare kunskap om patienters arbetsförmågan för att kunna förbättra deras rehabilitering <b>Syfte:</b> Var att beskriva erfarenheter av begränsningar i arbetsprestation och strategier för att hantera dagliga aktiviteter bland äldre med kronisk hjärtsvikt	Intervjuer genomfördes och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys	Alla deltagare hade hjärtsvikt och de som uteslöts var deltagare med demens, kognitiva störningar eller var bosatta på äldreboende. 10 deltagare deltog i studien (sju kvinnor och tre män). Åldern varierade mellan 74-91 år, (medelålder: 81 år).	Resultatet visade att äldre med hjärtsvikt fick omdefiniera sina aktiva liv genom att inse den minskade förmågan, förändringen av tidigare roller och vanor samt rikta in sig på meningsfulla aktiviteter. Anpassa och planera sina aktiviteter till sin dagliga förmåga eftersom bristande hälsa innebar att den fysiska förmågan varierade från dag till dag.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Burtröm, M., Brännström, M., Bomnan, K., & Strandberg., G.  2011  Sweden	<b>Problem:</b> Att känna osäkerhet har visat sig som ett vanligt problem bland personer som lever med hjärtsvikt, trots detta finns få kvalitativa studier speciellt bland kvinnor. <b>Syfte:</b> Var att belysa kvinnors erfarenheter av att leva med kronisk hjärtsvikt med fokus på känslor av säkerhet och osäkerhet	En kvalitativ ansats med semi-strukturerad fokusgrupp. Datan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys	Både män och kvinnor intervjuades men männens resultat redovisas i en annan artikel. I denna studie skulle deltagarna vara kvinnor, diagnoserad med hjärtsvikt och inte ha några kommunikationsproblem.  8 kvinnor deltog med åldrarna 76-88 år. Medelålder 82 år	Kvinnor som kände säkerhet kunde också acceptera det förflutna, sitt liv idag och framtiden. De litade på sig själva trots sjukdom och kände tro på omsorg och behandling. Kvinnor som kände känslor av osäkerhet tenderade att känna sig skyldiga till sjukdom. Rädsla för att leva med en svag kropp, ångestkänslor av att vara beroende av andra, ensamhet och död samt saknade tro på omsorg och behandling.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Waterworth, S., & Jorgensen, D.  2009  Nya Zeeland	<b>Problem:</b> Att leva med hjärtsvikt är en utmaning för äldre personer, speciellt i övergången till osjälvständigt liv <b>Syfte:</b> Belysa äldre personers erfarenheter av hjärtsvikt från självständigt tillstånd, till beroende, i vissa fall till döden.	Longitudinell kvalitativ design användes med ett generell induktivt tillvägagångssätt  Semi-strukturerade intervjuer skedde var tredje eller fjärde månad mellan dec 2006 - feb 2008. Intervjuerna analyserades med hjälp av dataanalysprogrammet NVivo 8.	Deltagare rekryterades från tre allmänmedicin-områden, en hjärtsviktsklinik och fyra medicinska avdelningar.  Äldre personer (medelålder 81 år), 7 kvinnor och 10 män med NYHA II-IV. Totalt svarade 17 deltagare på alla intervjuer. 25 deltagare från början men 2 drog sig ur och 6 dog under studiens gång.	Övergången att leva självständigt till beroende av professionell vård var inte en enkel förändring. Patienterna menade att förtroendet till sjukvårdspersonal var betydande för god vård. Många upplevde oro över att känna sig som en börda när deras tillstånd försämrades och blev allt mer beroende av andra.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Lindbäck, C., & Nordgren, L.  2014  Sweden	<b>Problem:</b> Otillräcklig förståelse och stöd från rehabiliteringspersonal som deltar i patienternas yrkessituation sågs som ett problem. Mer djupgående kunskap om detta behövs. Studiens forskningsfråga: "Vad innebär det att vara sjukskriven på grund av hjärtsvikt?" <b>Syfte:</b> Var att utforska och beskriva betydelsen av att vara sjukskriven på grund av hjärtsvikt	Öppna och ostrukturerade intervjuer genomfördes och datan analyserades med hjälp av fenomenografisk tradition.	Deltagarna rekryterades från primärvård och hjärtsviktsklinik. Kriterierna för att delta i studien var en primär diagnos av hjärtsvikt, 65 år eller yngre och för tillfället sjukskriven.  6 stycken deltog i studien (5 män och 1 kvinna). Åldern varierade mellan 46-62 år.	Att på grund av hjärtsvikt vara sjukskriven innebär att livssituationen kännetecknas av ångest och osäkerhet. När rehabiliteringspersonal inte tog sitt ansvar uppfattade hjärtsviktspatienter att de övergavs. När personalen tog sitt professionella ansvar upplevdes det som stödande.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J.P.  2007  England	<b>Problem:</b> Patienter med hjärtsvikt har många sjukhusbesök, dystyr prognos och varierande livskvalité <b>Syfte:</b> Att bättre förstå patienters och anhörigas upplevelser av hjärtsvikt, hälsa och sociala omvårdnadsbehov	Semi-strukturerade intervjuer med separata frågor för patienter och anhöriga. En tematisk analys gjordes.	Deltagare från fem olika områden i Storbritannien.  36 patienter med diagnos hjärtsvikt och 20 anhörigvårdare	Att leva med hjärtsvikt kan vara skrämmande, restriktivt och oroande för både patienterna och deras anhöriga som vårdar dem. Patienterna hade svårast att hantera funktionella begränsningar och anpassa sin vardag med hjärtsvikt.	Grad 1

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets granskning
Ryan, M., & Farrelly, M.  2009  Irland	<p><b>Problem:</b> Sjuksköterskor behöver kunskap för att hjälpa patienter med avancerad hjärtsvikt, att hantera deras situation av ett kronisk tillstånd</p> <p><b>Syfte:</b> var att beskriva patienters erfarenheter av att leva med avancerad hjärtsvikt</p>	Hermeneutik fenomenologi. Kvalitativ design med öppna ostrukturerade intervjuer.	<p><b>Urval:</b> Deltagarna omfattade patienter som fick behandling för sin avancerade hjärtsvikt på ett sjukhus. De skulle ha haft symtom senaste sex månader innan studien.</p> <p><b>Studiegrupp:</b> Nio deltagare varav sex män och tre kvinnor med avancerad hjärtsvikt klass III och IV (NYHA).</p>	Att leva med avancerad hjärtsvikt präglades av hjälp utav andra och en rädsla över sin livssituation som beskrevs som energikrävande.	Grad 1

**Högskolan Väst**  
**Institutionen för Hälsovetenskap**  
**461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**  
**[www.hv.se](http://www.hv.se)**