



**HÖGSKOLAN**  
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

**HUR KAN SJUKSKÖTERS KOR STÄRKA  
EGENVÅRDSKAPACITETEN HOS HJÄRTSVIKTSPATIENTER?**

**Författare: Birgitta Samuelsson  
Handledare: Gullvi Flensner**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1  
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 99:V**

**Institutionen för omvårdnad  
Juni 2002**

<b>Arbetets titel:</b>	Hur kan sjuksköterskor stärka egenvårdskapaciteten hos hjärtsviktpatienter?  How can nurses enhance self-care agency of patients with heart failure?
<b>Författare:</b>	Birgitta Samuelsson
<b>Handledare:</b>	Gullvi Flensner
<b>Institution:</b>	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
<b>Arbetets art:</b>	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
<b>Antal sidor:</b>	26
<b>Kurs:</b>	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 99:V
<b>Datum:</b>	Juni 2002

---

## ABSTRACT

Heart failure is of a growing health problem among a great numbers of peoples in our society. Eighty percent of the patients that are affected are older than 75 years of age. The aim of this literature review was to describe common problems in daily living experienced by patients with heart failure, their self-care strategies in managing their symptoms and how nurses can support them. Eleven papers describing empirical studies were analysed. The results are described under themes reflecting the questions. The problems experienced were both of psychological and physical characters: such as worry, anxiety, fear, breathlessness, fatigue, social isolation, oedema, pain, nutrition and diuretic problems. Self-care strategies to alleviate their symptoms were to get support from relatives, to regulate their pharmaceutical treatment and to accomplish weight-control, to change their activity level, to use different tools of assistance and also to regulate their nutrition. The nursing care provided was caring and supporting, education/teaching the patients and their relatives and also to mediate advice in self-care strategies of a more practical character in order to alleviate the patients suffering. Despite education and support the patients show deficits in their self-care agency. The results indicate that more interventions, such as education in self-care, social support and reinforcement, are needed.

---

**Keywords:** Heart failure, nursing care, Orem's self-care modell, self-care, support

**Nyckelord:** *Egenvård, hjärtsvikt, omvårdnad, Orems egenvårdsmodell, stöd.*

<b>INNEHÅLL</b>	
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Hjärtsvikt</b>	<b>1</b>
Klassifikation	1
Patofysiologi	2
Behandling	4
<b>Problem i dagligt liv</b>	<b>4</b>
<b>Omvårdnad</b>	<b>5</b>
Egenvård	6
Sjuksköterskemottagningar	7
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>Urval</b>	<b>9</b>
<b>Analys</b>	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>Patientens problem i dagligt liv</b>	<b>10</b>
Oro, ångest, rädsla	11
Andnöd, trötthet, social isolering	11
Ödem, smärta	12
Nutrition och diures	13
<b>Egenvårdsstrategier</b>	<b>14</b>
Tillit och stöd	14
Anpassa sin läkemedelsbehandling, egenkontroll	14
Ändra aktivitetsnivå	15
Använda hjälpmedel	15
Hålla diet	16
<b>Sjuksköterskans omvårdnad för att stödja egenvård</b>	<b>16</b>
Stöd	16
Undervisning och utbildning till patienter och anhöriga	17
Egenvårdsråd för att lindra symtom	19
<b>DISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>24</b>

## **INLEDNING**

Under min praktikperiod på en medicinsk akutvårdsavdelning blev jag varse det stora antalet patienter med diagnosen hjärtsvikt. En del av patienterna återkom flera gånger med svår andnöd efter endast någon eller några veckor hemma. Mitt intresse väcktes för denna patientgrupp och deras problemfyllda vardag. Finns det något sjuksköterskan kan göra för att förbättra deras situation? Kan de friska perioderna bli längre? Vad är det som blir problem hemma?

## **BAKGRUND**

### **Hjärtsvikt**

Hjärtsvikt är en sjukdomsgrupp som drabbar allt fler individer i samhället. Omkring 150 000 personer i Sverige lider av manifest hjärtsvikt (Erhardt, Caidahl, Eriksson, Persson, Sylvén, 1995). Minst lika många har latent hjärtsvikt, dvs. asymtomatisk vänsterkammardysfunktion. Förekomsten av hjärtsvikt ökar med stigande ålder och är relativt ovanligt före 50 års ålder. Av befolkningen över 80 år beräknas 10 procent ha hjärtsvikt. Cirka 80 procent av patienterna med hjärtsvikt är över 75 år. Antalet vårdtillfällen för personer med hjärtsvikt ökar. Omkring 20 procent av alla vårdtillfällen och 30 procent av alla vård dagar på grund av hjärtsjukdom orsakas av hjärtsvikt (Nilsson, 1999).

### **Klassifikation**

Graden av hjärtsvikt bedöms med hjälp av klassificering enligt New York Heart Association (NYHA) I-IV (Dahlström & Johansson, 1997).

NYHA I: Hjärtsjukdom utan symtom. NYHA II: Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast efter mer än måttlig fysisk aktivitet. NYHA III a: Medelsvår hjärtsvikt med symtom redan vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Patienten klarar att gå längre än 200 m på plan mark

utan besvär. NYHA III b: Medelsvår hjärtsvikt som medför besvär av andfåddhet och trötthet redan vid promenad på plan mark mer än 200 meter, men ej i vila. NYHA IV: Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Oavsett bakomliggande orsak är prognosen allvarlig. Den årliga dödligheten vid mild hjärtsvikt, NYHA II, ligger omkring 5%, och vid hjärtsvikt klassat som NYHA IV är den årliga dödligheten uppskattningsvis 40-50%. Genom tidig diagnostik och insättande av optimal behandling kan prognosen förbättras (Dahlström & Johansson, 1997).

### **Patofysiologi**

Det finns inte någon entydig definition på hjärtsvikt. Den vanligaste definitionen är ett tillstånd när hjärtats pumpförmåga inte räcker till för att upprätthålla blodtillförseln till kroppens vävnader (Dahlström & Johansson, 1997). Hjärtsvikt kan utvecklas långsamt eller akut. Akut hjärtsvikt uppträder oftast i samband med hjärtinfarkt (Fridlund, 1998). Ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni står tillsammans för cirka 25% av orsakerna till hjärtsvikt i västvärlden. Andra orsaker kan vara klaffel eller kardiomyopati. Hypertoni och diabetes är en större riskfaktor för hjärtsvikt hos kvinnor, medan ischemisk hjärtsjukdom är vanligare hos män. Hjärtsvikt kan också uppstå sekundärt till andra sjukdomar som blodbrist, ämnesomsättningsrubbningar, diabetes, infektioner och rytmrubbningar (Dahlström & Johansson, 1997). Man skiljer mellan högersidig och vänstersidig hjärtsvikt beroende på vilken del av hjärtat som sviktar. Vid långvariga besvär uppstår till sist en generell svikt då patienten får blandade sviktsymtom. Den vanligaste formen av hjärtsvikt är när vänsterkammarens pumpfunktion sviktar. Vänsterkammaren kan svikta på två olika sätt, dels *forward failure*, dels *backward failure* (Olsson, 1996). Forward failure innebär att hjärtat inte klarar av att upprätthålla adekvat hjärtminutvolym. Patienten känner sig trött eftersom syresättningen till muskler och hjärna försämras. Njurfunktionen minskar och leder till vätskeretention. Vätska pressas ut ur blodbanan där ventrycket är högst. Hos uppegående

patienter syns detta först runt anklarna och fötterna. Därför är ankelödem, som uppkommer framför allt framåt kvällen, ett tidigt symtom på vänsterkammarsvikt. Under natten minskar ventrycket och vätskan tas upp i blodbanan igen. Den ansamlas i lungkärlen där ventrycket är högst i liggande och patienten kan då drabbas av nattliga dyspnéattacker. Den ökade vätskeansamlingen leder även till ökad diures och nattliga vattenkastningar, s.k. nykturi (Olsson, 1996).

Backward failure innebär en stas från vänster kammare bakåt till lungorna, vilket leder till att lungkärlen blodfylls. Lungorna klarar ej av att vidgas tillräckligt under inandning, vilket leder till en försämrad syresättning och cyanos. Patienten får dyspné, först vid ansträngning, sedan även i vila. Under natten kan svårigheter att få luft uppstå och patienten upplever lufthunger. I värsta fall kan ett lungödem utvecklas. På grund av det höga trycket i blodkärlen pressas vätska från lungkärlen ut i alveolerna och luftvägarna fylls med skum. Patienten får skummiga, ofta blodtillblandade upphostningar, eftersom även blodkroppar pressats ut ur kärlen (Olsson, 1996).

Vid högerkammarsvikt klarar inte höger kammare av att pumpa det blod vidare som tillförs från kroppen via höger förmak. Trycket i kammaren stiger och ger ett ökat tryck bakåt mot höger förmak. Inflödet av blod till höger förmak försvåras och det utvecklas en stas bakåt i både övre och nedre hålvenen. Hos uppegående patienter visar sig ödem främst i de nedre extremiteterna eftersom den ansamlade vätskan följer tyngdlagen. Hos sängliggande patienter ansamlas vätskan i området kring sacrum. Ödem kan även visa sig som ascites och leverstas. Stasade halsvener kan ses vid stas i övre hålvenen och de vener som tömmer sig i denna. Ansamling av vätska i pleura kan orsakas av stas i lungsäckarnas vener. Blodets syresättning försämras av att otillräcklig mängd blod når lungkretsloppet och patienten blir cyanotisk, andfådd och trött (Olsson, 1996).

## **Behandling**

Det är viktigt att ta reda på de bakomliggande orsakerna till hjärtsvikt och att behandlingen inriktas på grundsjukdomen, där så är möjligt. I de flesta fall blir dock behandlingen symtomatisk och inriktas på att förbättra livskvalitet, arbetsförmåga och förhindra komplikationer. Att minska behovet av sjukhusvård och öka överlevnaden är de viktigaste behandlingsmålen (Olsson, 1996). Den farmakologiska behandlingen består vanligtvis av Angiotensin converting enzyme, s.k. ACE-hämmare, diuretika och digitalis. Den icke farmakologiska behandlingen inriktas på att i första hand korrigera riskfaktorer, som kan bidra till försämring såsom övervikt, rökning, alkohol, hypertoni och diabetes. Ett minskat vätske- och saltintag är av vikt, samt att öka den fysiska aktiviteten, vilken anpassas till graden av hjärtsvikt (Dahlström & Johansson, 1997).

## **Problem i dagligt liv**

Vid lätt hjärtsvikt uppstår andfåddhet och trötthet vid mer uttalad fysisk aktivitet, som t.ex. när man springer, klättrar och utövar tungt kroppsarbete. Medelsvår hjärtsvikt ger andfåddhet och trötthet vid allt ifrån gång i lätt motlut till av- och påklädning. Vid svår hjärtsvikt ses symptom med andfåddhet och trötthet redan i vila och symptomen ökar vid minsta aktivitet (Dahlström & Johansson, 1997). Fridlund (1998) beskriver att tröttheten beror på den minskade blodcirkulationen i musklerna som i sin tur leder till minskad fysisk aktivitet och att musklerna försvagas. Tröttheten upplevs både fysisk och psykisk. Patienten kan drabbas av yrsel, vilken kan komma från hjärtsvikten eller läkemedelsbehandlingen. Utspänd buk, aptitlöshet, tidig mättnad och illamående kan bero på svullnad av lever och tarmar. Detta kan leda till malnutrition, med ytterligare försvagning av muskulaturen, trötthet och ökad känslighet för infektioner och trycksår som följd. Intaget av vätska kan behöva justeras vid diuretikabehandling, eftersom diuretika gör att man blir torr i munnen och det är lätt att dricka

för mycket. Det finns även risk för dehydrering, vid stark värme, feber, diarré och kräkningar. Ett vanligt problem för denna patientgrupp är nedsatt sexuell aktivitet/impotens, där läkemedel kan vara en bidragande faktor (Fridlund, 1998).

## **Omvårdnad**

Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, minska lidande och förebygga sjukdom och ohälsa (SOSFS 1993:17). Omvårdnaden omfattar en allmän och en specifik del. Det krävs speciell kompetens för att kunna utföra specifik omvårdnad, vilket innebär relevant kunskap om bl a den aktuella sjukdomen och dess behandling. Vid planering av omvårdnadsarbetet bör omvårdnadsåtgärder användas i syfte att skapa en hälsofrämjande miljö, ge stöd, undanröja smärta och obehag. Omvårdnadsåtgärder beskrivs som stöd, samordning, planering, information, rådgivning och vägledning.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har patienterna rätt att få information om sjukdom, diagnos och behandling. Hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdom och skador. I §2a står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den skall tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Enligt §2b skall information om hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds vara individuellt anpassad.

Personal inom hälso- och sjukvården skall utföra sitt arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531). Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.



## **Egenvård**

Orem (2001) beskriver egenvård som målinriktade handlingar som människan utför för sig själv eller andra. Egenvård och omsorg om närstående beskrivs som ett allmänmänskligt inlärt beteende som formas utifrån social miljö och kultur. Med vanor och medvetet handlingsmönster främjas normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos den enskilda individen eller närstående (Orem, 2001).

Målsättningen med omvårdnaden är att individen av egen kraft eller med hjälp av andra skall tillgodose sina terapeutiska egenvårdskrav. Sjuksköterskans uppgift består i att hjälpa till att kompensera obalansen som uppstår mellan egenvårdskapacitet och terapeutiska egenvårdskrav. Egenvården bidrar till att främja de överordnade målen i omvårdnaden: normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande (Orem, 2001).

När det uppstår obalans mellan egenvårdskapacitet och terapeutiska egenvårdskrav orsakar det brister i egenvården. I ett fullständigt kompenserande system är patientens egenvårdsbrist total och sjuksköterskan kompenserar bristerna. I ett delvis kompenserande system deltar både patient och sjuksköterska i patientens omvårdnad. Sjuksköterskan utför vissa egenvårdshandlingar för patienten, hon kompenserar bristerna i patientens egenvård och assisterar vid behov. Patienten utför själv vissa handlingar, accepterar sjuksköterskans insatser och genom samarbete anpassar de egenvårdskapaciteten. I ett stödjande/undervisande system hjälper sjuksköterskan patienten att utveckla egenvårdskapaciteten. Patienten utför då själv sin egenvård (Orem, 2001).

Fridlund (1998) beskriver flera egenvårdsråd till patienter med hjärtsvikt. Han betonar vikten av att lära sig att lyssna på sin kropp, för att kunna känna igen symtomen när de kommer. Som exempelvis att man vid andnöd stannar och vilar några minuter och delar upp

ansträngande arbete i etapper. Vid vila och nattetid är det en fördel att ha huvudändan på sängen lätt höjd. För att undvika onödig vätskeansamling är det viktigt att regelbundet kontrollera sin vikt. En bra hjälp vid bensvullnad är att använda stödstrumpor och lägga upp benen på exempelvis en fotpall om man blir sittande länge. Besvär med yrsel kan minskas genom att man reser sig långsamt och i etapper och trampar med fötterna före uppstigning. Det kan uppstå svårigheter med att få i sig tillräckligt med näring om man har gastrointestinala besvär. En hjälp kan vara att äta lite och ofta istället. Man bör tänka på att det man äter bör vara energitätt och kanske ta kosttillskott mellan måltiderna. För att inte öka törsten ytterligare bör man undvika saltrik mat, vichyvatten och söta drycker. Problemet med muntorrhet kan minskas genom att suga på isbitar eller använda salivstimulerande medel som finns i olika former. Att borsta tänderna ofta kan vara till hjälp. Eftersom man som hjärtsviktpatient är känslig mot infektioner bör man undvika infekterade personer och vaccinera sig mot influensa. En noggrann handhygien är också viktig (Fridlund, 1998).

### **Sjuksköterskemottagningar**

Hjärtsviktsmottagningar finns på de större sjukhusen i landet och även inom primärvården. Flera studier visar att patienter mår bra av att få komma till sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar för regelbunden uppföljning och behandling och information om sin sjukdom (Banko, 2001; Hedlund et al., 2000; Israelsson et al., 1998; Spross, 1997; Wallskär, 1997;). Trots detta är det många hjärtsviktpatienter som återkommer till akutsjukvården. Vad är det som blir problem hemma?

## SYFTE

Syftet med detta arbete var att belysa problem i dagligt liv, egenvård och omvårdnaden till patienter med hjärtsvikt utifrån frågeställningarna: Vilka är patientens problem i dagligt liv? Hur beskriver patienten sin egenvård? Hur beskrivs sjuksköterskans omvårdnad för att stödja egenvården hos patienter med hjärtsvikt?

## METOD

Metoden är litteraturstudie. Litteratur har sökts via högskolebiblioteket vid Högskolan Trollhättan/Uddevalla i Vänersborg. Såväl manuell och osystematisk sökning gjordes. Osystematisk sökning gjordes genom referenslistor i befintliga artiklar och tidsskrifter. Systematisk sökning gjordes via databaserna Cinahl, Pubmed och Artikelsök. Sökorden som användes var: heart-failure, compliance, self-care, nursing care, support, hjärtsvikt, egenvård, stöd. Sökorden användes var för sig och i kombination. Se Tabell 1.

Tabell 1.

Översikt över litteratursökning; använda databaser, sökord, kombinationer och resultat

Databas	Sökord och kombinationer	Antal träffar	Varav använda
Pub med	Heart-failure	86	
	AND		
	Self-care	2	2
	Nursing-care	4	3
	Compliance	5	2
	Support	47	4
	Support AND self-care	7	2
Artikelsök	Hjärtsvikt	70	
	+		
	Egenvård	1	1
	Stöd	0	
	Compliance	0	
CINAHL	Heart failure	169	
	AND		
	Self-care	10	2
	Nursing care	42	2
	Compliance	14	
	Support	36	2
	Support AND self-care	6	2

## Urval

Litteraturen valdes utifrån syftet med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier. Patienterna skulle vara över 50 år och artiklarna som söktes inte äldre än sex år. Artiklar som belyste patientbeskrivningar och sjuksköterskans arbete togs med. De som ej var tillgängliga i Högskolans bibliotek valdes bort. Vid den systematiska sökningen erhöles sju artiklar. Eftersom samma artiklar återkom med de olika sökorden blev resultatet av sökningen i databasen CINAHL två artiklar. Den ena återkom vid sökning i databasen Pubmed. Även i Pubmed återkom samma artiklar med olika sökord. Det slutliga resultatet blev där fem artiklar. Den manuella sökningen via referenslistor och i skolans bibliotek på andra sätt resulterade i fyra artiklar. Sammanlagt resulterade detta i 11 artiklar som analyserades och som redovisas i en översikt i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av litteratur som utgått från empiriska studier av patienter med hjärtsvikt och som analyserats

Författare/år	Ansats och metod	Syfte
Bennett S. J., Cordes D. K., Westmoreland G., Castro R., Donnelly E. (2000)	Kvalitativ. Intervju med patienter och anhöriga. (n=23)	Att beskriva symtomen och hur patienterna klarar sin egenvård.
Broström A., Strömberg A. (1997)	Kvalitativ. Systematisk induktiv metod. Intervjuer. (n=25)	Kartlägga händelser som påverkar behandlingen.
Ekman I., Ehnfors M., Norberg A. (2000).	Hermeneutisk-fenomenologisk. Intervjuer. (n=10)	Patienter beskriver sin livssituation.
Jaarsma T., Abu-Saad H., Halfens R., Dracup K. (1997)	Litteraturstudier och intervjuer av sjuksköterskor. (n=45)	Att beskriva omvårdnaden för hjärtsviktspatienter.
Jaarsma T., Abu-Saad H., Dracup K., Halfens R. (2000)	Strukturerade intervjuer. (n=128)	Egenvård, stöd och utbildning.
Mårtensson J., Karlsson J-E., Fridlund B. (1997)	Kvalitativ. Intervjuer. (n=12)	Hur manliga patienter upplever sin situation.
Mårtensson J., Karlsson J-E., Fridlund B. (1998)	Kvalitativ. Intervjuer. (n=12)	Hur kvinnliga patienter upplever sin situation.

Persson J., Hansen L. (1999)	Litteraturstudier. Fallstudie. (n=1)	Att belysa hur sjuksköterskan kan öka compliance.
Strömberg A., Broström A., Dahlström U., Fridlund B. (1999)	Kvalitativ. Intervjuer. (n=25)	Identifiera faktorer som påverkar compliance.
Strömberg A., Ahlén H., Fridlund B., Dahlström U. (2001, a.)	Frågeformulär. Försöksgrupp. (n=42)	Patientutbildning via dataprogram.
Strömberg A., Mårtensson J., Fridlund B., Dahlström U. (2001, b.)	Deskriptiv. Frågeformulär. (n=86)	Att kartlägga hjärtsviktsmottagningar och sjuksköterskans arbete.

## Analys

Litteraturen analyserades utifrån syftet och frågeställningarna. Likheter och skillnader markerades och det som har haft gemensamt meningsinnehåll har förts samman och redovisas under olika teman utifrån frågeställningarna.

## RESULTAT

### Patientens problem i dagligt liv

De symtom som orsakade mest problem för patienterna som beskrevs var oro, ångest och rädsla som förekom i sju artiklar (Bennett et al., 2000; Broström & Strömberg, 1997; Ekman et al., 2000; Jaarsma et al., 1997; Mårtensson et al., 1997; Mårtensson et al., 1998; Strömberg et al., 1999). Andnöd och trötthet förekom i sex artiklar (Bennett et al., 2000; Ekman et al., 2000; Jaarsma et al., 2000; Mårtensson et al., 1997; Mårtensson et al., 1998). Sedan beskrevs följande problem: Ödem, i tre artiklar (Bennett et al., 2000; Jaarsma et al., 1997; Jaarsma et al., 2000) liksom behandling med diuretika, (Bennett et al., 2000; Broström & Strömberg, 1997; Strömberg et al., 1999) smärta (Bennett et al., 2000; Ekman et al., 2000; Mårtensson et al., 1997) och social isolering (Ekman et al., 2000; Mårtensson et al., 1997; Strömberg et al., 1999). Yrsel, (Bennett et al., 2000) nutritionsproblem (Bennett et al., 2000) och koncentrationssvårigheter (Bennett et al., 2000) omnämndes en gång i materialet.

## **Oro, ångest, rädsla**

Mestadels kvinnor uttrycker känslor som rädsla, depression och oro, liksom tankar kring döden (Mårtensson et al., 1998). Oron yttrar sig som en rädsla för att gå till sängs på kvällen och för att kanske inte vakna mer. I samma artikel (Mårtensson et al., 1998) beskrivs att kvinnor också upplever skuld och minskat egenvärde. Vemodskänslor, depression och gråtmildhet återfinns hos både kvinnor och män (Bennett et al., 2000). Man känner respekt för att hjärtat är sjukt och är rädd för att bli sämre. Att läkemedlen blivit dyrare skapar oro hos patienterna (Broström & Strömberg, 1997; Strömberg et al., 1999). Känslan av att vara en belastning för andra människor leder till tankar som att man lika gärna kan dö. Detta trots att man samtidigt har en rädsla för döden eller inte känner sig redo för den. Andra var inte rädda utan såg döden som en naturlig del av livet (Ekman et al., 2000). Många patienter känner stor oro under episoder med andnöd, speciellt nätterna beskrivs som svåra för flertalet. Detta medför svårigheter att sova på grund av oro och rädsla (Jaarsma et al., 1997). Det kan kännas skrämmande att vara ensam. Tankarna om att livet tar slut en dag och att detta närmar sig, känns olustigt när man är ensam. Det beskrivs speciellt svårt att man själv måste ringa på ambulans eller till sjukhuset när man dålig och att de anhöriga bor långt borta och inget vet förrän man själv ringer. En känsla av inre oro beskrivs, att man inte känner harmoni med sig själv. Även känslan av att vara en börda och ett onödigt hinder för omvärlden framkommer. Bara veklingar åker in till sjukhuset (Mårtensson et al., 1998). Man är mer eller mindre förberedd på att det kommer en dag då det är slut. Ingen kan påverka ens situation (Mårtensson et al., 1997). Det finns en inbyggd rädsla för att försämras (Strömberg et al., 1999).

## **Andnöd, trötthet, social isolering**

Andnöd kan uppträda i olika situationer. En del patienter får andnöd av att bädda sängen eller gå genom rummet, medan andra kan få det genom att bara titta på TV. Blåsig, kallt eller

varmt väder kan utlösa andnöd hos patienterna. Ett stort problem är att böja sig ner efter saker man tappar på golvet, eftersom det orsakar andnöd (Bennett et al., 2000). Trötthet och svaghet gör att det är svårt att klara av vardagliga saker, vilket leder till känslor av att vara värdelös och till ingen nytta för omgivningen. Att vara beroende av andra i omgivningen för att klara av dagliga aktiviteter ger känslor av att vara en börda och en känsla av att skapa oro. Från att tidigare ha varit frisk och stark och kunnat hjälpa andra till att inte klara detta gör det svårt att acceptera sin nya situation (Ekman et al., 2000). Flera patienter upplever nätterna som svårast då de inte kan sova på grund av andnöd (Jaarsma et al., 1997). Många patienter uppmärksammar inte symtom som andnöd eller trötthet eftersom de inte kopplar dem till sjukdomen. De tror att det går över och vill inte störa doktorn eller tror inte att doktorn tar dem på allvar. Många patienter saknar energi till att träna (Jaarsma et al., 2000). Sjukhusbesök är mycket ansträngande på grund av de långa avstånden. Att gå i korridorer och till och från parkeringsplats måste ske i etapper på grund av tröttheten, man klarar inte heller av att bära något. Avsaknaden av energi gör att man inte länge klarar av att vara det stöd för omgivningen som man tidigare varit (Mårtensson et al., 1998). Energin minskar, man sover mycket men är fortfarande lika trött och kraftlös (Mårtensson et al., 1997). En patient beskriver att det värsta problemet är att man inte kan gå ut. Dagarna bara går (Ekman et al., 2000). Att inte kunna gå ut och promenera var svårt i början. Till slut vill man inte gå ut i alla fall utan stannar inomhus (Mårtensson et al., 1997). Vädret påverkar ens liv. Man kan inte gå ut om det är blåsigt eller soligt väder (Strömberg et al., 1999).

### **Ödem och smärta**

Svullna händer, fötter och anklar är ett besvärligt och vanligt problem (Bennett et al., 2000). Många patienter väntar för länge och kommer till sjukhuset i tofflorna eftersom de inte kan få på sig skorna (Jaarsma et al., 1997). Problem med ödem gör att många patienter avstår från träning. Jämfört med trötthet är benödem ett symtom som man snabbare tar kontakt med

läkare för. Om man avstår är det mera ett val man gör för att inte oroa anhöriga, eller man tror att ingen kan hjälpa (Jaarsma et al., 2000). Smärtor, speciellt bröstsmärtor, är vanligt förekommande (Bennett et al., 2000). Att göra saker man egentligen inte klarar av men gör det ändå, gör att man får ont i bröstet (Mårtensson et al., 1997). Benödem leder också till svåra smärtor i benen (Ekman et al., 2000).

### **Nutrition och diures**

Viktförlust är ett problem för patienter med hjärtsvikt. Orsaken till detta kan vara minskad aptit beroende på metallsmak i munnen, som en följd av medicinering, eller att maten inte smakar gott på grund av det minskade saltinnehållet (Bennett et al., 2000).

Behandling med diuretika stör också ofta sömnen eftersom patienterna vaknar under natten och måste gå på toaletten. En del patienter lämnar inte bostaden för att ha nära till toaletten, både för frekvensen besök och för att hinna i tid (Bennett et al., 2000). En patient beskriver att vätskedrivande är ett stort besvär och att han håller på att "kissa ihjäl sig" (Broström & Strömberg, 1997). Törst gör det svårt att följa vätskerestriktionerna, även om man vet om att man inte skall dricka så mycket (Strömberg et al., 1999).

Som en följd av diuretikabehandlingen kan även yrsel och balanssvårigheter uppkomma, vilket är obehagligt och leder dessutom till en ökad fallrisk. Många patienter upplever att de blir yra och att de förlorar balansen flera gånger om dagen. De faller ofta, vilket skapar oro både hos patienten och de närstående (Bennett et al., 2000). Många patienter berättar om sämre koncentration, uppmärksamhet och minne. Till exempel beskrivs episoder när makar tagit bilen och mannen har kört vilse. Han har glömt vart de var på väg. Svårigheter att förstå vad som läses finns också beskrivet (Bennet et al., 2000).



## **Egenvårdsstrategier**

Att genom egenvård själv förbättra sin situation genom olika strategier beskrivs i fyra av de studerade artiklarna. De presenteras med underrubrikerna Tillit och stöd (Bennett et al., 2000; Broström & Strömberg, 1997; Ekman et al., 2000; Mårtensson et al., 1998), Anpassa sin läkemedelsbehandling - egenkontroll (Bennett et al., 2000; Broström & Strömberg, 1997; Ekman et al., 2000), Ändra aktivitetsnivån (Bennett et al., 2000; Ekman et al., 2000), Använda hjälpmedel (Bennett et al., 2000) samt Hålla diet (Bennett et al., 2000).

### **Tillit och stöd**

Att lita på sig själv är viktigt men även att ha människor omkring sig som man känner förtroende för (Ekman et al., 2000). Att tänka positivt och vara hoppfull var en strategi som användes för att klara sig känslomässigt (Bennett et al., 2000). Att när som helst kunna ringa någon närstående känns tryggt när man mår dåligt. Att ha någon att vända sig till om det skulle hända igen beskrivs mycket bra och ger en stark känsla av säkerhet (Mårtensson et al., 1998). Patienterna tyckte att familjen stöttade dem genom att hjälpa till vid aktiviteter som de inte klarade själva (Bennett et al., 2000). Att känna stöd från anhöriga upplevdes som en god hjälp både för att komma ihåg mediciner och att följa livsstilsråd (Broström & Strömberg, 1997).

### **Anpassa sin läkemedelsbehandling - egenkontroll**

Användande av läkemedel vid bröstsmärtor och vid sömnsvårigheter var vanligt förekommande (Bennett et al., 2000). Många patienter reglerar sitt diuretikaintag vid socialt umgänge, resor och vid försämring av hjärtsvikten (Bennett et al., 2000. Broström & Strömberg, 1997. Ekman et al., 2000). Egna observationer var en strategi som användes mest av patienterna på hjärtsviktskliniken. Bennett et al. (2000) beskriver att de flesta patienterna

vägde sig dagligen, gjorde en värdering av sina ödem, kontrollerade blodtrycket för att ha kontroll över sin hjärtsvikt. Mätningarna fördes dagligen in i en bok (Bennett et al., 2000).

### **Ändra aktivitetsnivån**

Att ändra på den fysiska aktivitetsnivån är en vanlig strategi. Genom att vänta några minuter vid symptom som andnöd, trötthet, bröstsmärtor och svårigheter att böja sig ner eller att fortsätta i ett lugnare tempo och vila mellan aktiviteterna. Allmänt försöker patienterna att hålla sig lugna. Någon dämpade belysningen för att bättre kunna slappna av. För att undvika fall försöker patienterna att röra sig långsamt och försiktigt och undvika att gå i trappor. Vid andnöd använde sig en patient av avslappningsövningar som hennes son hade lärt henne. För att klara av trötthet och sömnlöshet ökade några patienter på aktiviteten genom att tvinga sig att göra någonting. De flesta patienter är intresserade av övningar för att bevara hälsan. En del använder sig av träningsprogram, medan andra tar promenader (Bennett et al., 2000; Ekman et al., 2000).

### **Använda hjälpmedel**

Vid andnöd används inhalatorer, hostmedicin och djupandningar. Andra egenvårdshandlingar var att lägga i en extra kudde i sängen för att undvika andnöd nattetid, eller att placera en kall duk över ansiktet för att ändra temperaturen så att andnöden minskade. För att komma ihåg att ta medicinerna användes dosettaskar. Medicinerna gjordes i ordning i förväg och en extra dos mediciner var alltid med om någon dos skulle glömmas bort. En del patienter hade skaffat och använde datorer som de tyckte var till stor hjälp för minnet och koncentrationen. En patient hade skaffat en käpp för att undvika att falla. För att underlätta hushållsarbetet hade en kvinna skaffat en lättviktsdammsugare. Vid sömnsvårigheter använde sig patienterna av olika metoder så som läsning, titta på TV eller dricka örtte (Bennett et al., 2000).

## **Hålla diet**

Genom att följa dieten med lågt saltinnehåll i maten förhindrades vätskeansamlingar, men det var svårt att följa dieten. Patienterna använde kryddor och saltersättning för att förbättra smaken på maten. Några patienter drack milkshake för att behålla vikten, och åtskilliga höll diet för att gå ner i vikt (Bennett et al., 2000).

## **Sjuksköterskans omvårdnad för att stödja egenvård**

I materialet som användes beskriver sju artiklar sjuksköterskans stödjande funktion (Broström & Strömberg, 1997; Ekman et al., 2000; Jaarsma et al., 1997; 2000; Persson, 1999; Strömberg et al., 1999; Strömberg et al., 2001). Även sjuksköterskans arbete med utbildning förekom i sju artiklar, (Jaarsma et al., 1997; 2000; Mårtensson et al., 1997; 1998; Persson & Hansen, 1999; Strömberg et al., 1999; Strömberg et al., 2001b). I tre av artiklarna beskrivs egenvårdsråd som sjuksköterskan ger till patienten (Broström & Strömberg, 1997; Jaarsma et al., 1997; 2000; Persson & Hansen, 1999).

## **Stöd**

Broström och Strömberg (1997) och Strömberg et al. (1999) beskriver att hjärtsviktpatienternas följsamhet (compliance) påverkas av både yttre och inre faktorer och att sjuksköterskan kan stödja patienten inom båda dessa områden. De yttre faktorerna handlar om hur patientens följsamhet påverkas av sociala aktiviteter, relationen till närstående och sjukvårdspersonal. De inre faktorerna beskriver hur patienten påverkas av sjukdomen, behandlingen och processer inom patienten. Strömberg et al. (1999) beskriver att sjuksköterskan kan öka patienternas följsamhet genom att stödja de yttre faktorerna. Detta kan ske genom ett vänligt bemötande och professionell behandling, att skapa trygghet samt ge klar och relevant information. Det är viktigt att sjuksköterskan sätter sig in i hur behandlingen påverkar patienten och t ex undervisa om hur man kan reglera sin behandling med diuretika

för att kunna delta i det sociala livet. För att stärka patientens sociala stöd och på så sätt öka följsamheten är det viktigt att de anhöriga deltar och får samma information som patienten (Jaarsma et al., 1997; 2000; Persson & Hansen, 1999). De inre faktorerna kan påverkas genom att uppmärksamma patientens personliga resurser, attityder och hur patienten påverkas av sjukdomen och behandlingen (Persson & Hansen, 1999). Följsamheten påverkas av livsstilsförändringarna. Patienter med hjärtsvikt väljer annorlunda strategier när de accepterat och anpassat sig till sin livssituation. En del patienter låter hjärtsvikten styra deras liv. Andra försöker finna ett sätt där sjukdomen har minsta möjliga påverkan på deras livsföring. Genom att koppla medicineringen till dagliga vanor, s.k. tailoring, påverkas följsamheten positivt (Strömberg et al., 1999). Genom att lyssna till patientens beskrivning av upplevd sjukdom kan sjuksköterskor stödja patienten att lära känna sina begränsningar och sin kapacitet. De kan vidare stödja ansträngningarna att öka kapaciteten och på så sätt minska begränsningarna och lindra sjukdomskänslan (Ekman et al., 2000).

### **Undervisning och utbildning till patient och anhöriga**

Utbildning av hjärtsviktpatienter och deras anhöriga beskrivs av Jaarsma et al. (1997; 2000), Mårtensson et al. (1997;1998), Persson & Hansen, (1999), Strömberg et al. (1999), Strömberg et al. (2001a), som en viktig sjuksköterskeuppgift. Patienten och dennes familj behöver mycket information om såväl sjukdomen, behandlingen som konsekvenserna i dagligt liv. Undervisningen innebär att lära patienten vara uppmärksam på försämring av hjärtsvikten eller biverkningar av läkemedel (Jaarsma et al., 1997). Ett tidigt ingripande och egenvårdsutbildning skulle utöka intervallen mellan sjukhusbesöken och reducera återfallen (Mårtensson et al., 1997; 1998). Trots intensiv utbildning och stöd har många patienter fortfarande brister i egenvårdsförmågan. Dessa är ofta relaterade till kunskap, vilket visar att ytterligare insatser att informera behövs. Många patienter visar brister i sin bedömning och i

sitt beslutsfattande, vilket innebär att även om de vet hur de skall agera, väljer de att handla annorlunda (Jaarsma et al., 2000).

Jaarsma et al. (2000) menar att för att optimera insatserna behöver mer uppmärksamhet riktas mot undervisning av egenvårdsstrategier, socialt stöd och uppföljning. Persson & Hansen (1999) menar att användande av vårdprogram och en fungerande vårdkedja ökar möjligheterna för patienterna att utöva egenvård och därmed få en ökad livskvalitet. Patientinformationen är av central betydelse för att nå ett bra behandlingsresultat. Hjärtsviktens patofysiologi, hur patienten själv skall värdera sitt tillstånd och tidigt notera tecken på försämring och vilka åtgärder som är lämpliga att vidtaga, bör ingå i utbildningen. En bra kommunikation ger ökad compliance. Det är viktigt att patienten får insikt och ökad förståelse. Detta mål kan uppnås om sjuksköterskan utformar mötet till ett samtal och lyssnar aktivt (Persson & Hansen, 1999).

Eftersom kvinnor med hjärtsvikt ofta känner skuld, minskat egenvärde och oro (Mårtensson et al., 1998) är det särskilt viktigt att hjälpa dem att uppnå en känsla av kontroll över sin livssituation. Sjuksköterskan kan uppmuntra och därigenom försöka bevara ett hoppfullt tankesätt, planera för egenvårdsutbildning baserad på patientens behov. Enligt Mårtensson et al. (1998) minskar detta riskerna att patienten känner begränsningar och maktlöshet. Den onda cirkeln kan brytas. I mötet bör sjuksköterskan uppmuntra patienterna att tala om känslor och hjälpa till att sätta upp realistiska mål och förväntningar. Genom att öka kunskapen hos patienten och dennes anhöriga med fokus på egenvård, kan patienter med hjärtsvikt komma att se positivt på framtiden. De kan då få en känsla av kontroll, kompetens och självaktning (Mårtensson et al., 1997).

Strömberg et al. (2001a) beskriver databaserad information. Fördelarna med detta är att patienterna kan anpassa informationen till sin egen nivå och takt. För sjuksköterskan är det också tidsbesparande då patienterna kan söka kunskap själva. De flesta patienterna var positiva till dataprogrammet. Det behövdes ingen datavana. Att patienterna var äldre var inget problem för att använda programmet självständigt. De tyckte att det var ett bättre sätt att skaffa information än att läsa en bok eller se en video om hjärtsvikt. Databaserad utbildning kan med fördel användas som ett komplement, men kan inte ersätta den personliga interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare (Strömberg et al., 2001a).

### **Egenvårdsråd för att lindra symtom**

I tre studier (Jaarsma et al., 1997; Persson & Hansen, 1999; Strömberg et al., 1999) beskrivs symtomlindrande interventioner som sjuksköterskan kan göra. De inriktar sig på att lindra de symtom som finns, justera medicinering och förbättra patientens kondition. Symtom som beskrivs är direkta konsekvenser av hjärtsvikten, såsom trötthet, dyspné och anorexi. Men även problem från behandlingen exempelvis hosta och diures eller psykosociala reaktioner som oro och maktlöshet förekommer. För att lindra vätskerestriktionens känslomässiga konsekvenser gavs praktisk information om hur man kan göra det drägligt för patienten och deras familjer. Genom att använda mindre koppar och glas, borsta tänderna ofta och hjälpa patienten att fördela vätskeintaget under dagen kan minska problem med diuresen. Ett annat sätt att upprätthålla balansen är att hjälpa patienten att hitta en lämplig tidpunkt att ta diuretika för att få så lite biverkningar som möjligt (Jaarsma et al., 1997).

En annan balans, som är viktig för patienter med hjärtsvikt att finna är den mellan vila och aktivitet. Det är viktigt att sänka hjärtats arbetsbelastning och därmed begränsa den fysiska aktiviteten. Det är samtidigt viktigt att patienten bibehåller sin styrka och är aktiv. De måste lära sig vilka aktiviteter som är särskilt ansträngande för hjärtat och vilka som inte är det.

Symtomlindrande insatser innebär att hjälpa patienten att hantera sin sjukdom eller de negativa effekterna av behandlingen. Sjuksköterskans arbete med att upprätthålla balansen hos patienten innebär inte enbart mellan tillförsel av vätska och utsöndringar. Det handlar också om att finna en balans mellan den terapeutiska vinsten av behandlingen hos patienten och den belastning det innebär. Vid långsiktiga behandlingsplaner med livsstilsändringar, som t ex anpassad aktivitetsnivå och nutritionsråd, kan stödgrupper och kontakt med öppenvården vara till god hjälp (Jaarsma et al., 1997). På många hjärtsviktsmottagningar har sjuksköterskorna delegerats ansvaret att justera medicineringen vad gäller ACE-hämmare, betablockerare, öka eller minska diuretikadosen och ändra eventuell behandling med "interagerande läkemedel" (Strömberg et al., 2000).

## **DISKUSSION**

Patienter med hjärtsvikt är en grupp som ofta återkommer till akutmottagningarna med livshotande symtom. Syftet med detta arbete var att belysa problem i dagligt liv, egenvård och omvårdnaden till patienter med hjärtsvikt. Jag ville även ta reda på hur patienterna genom egenvård och i vilken utsträckning de själva försöker minska symtomen. Hur beskrivs i litteraturen sjuksköterskans arbete med att stödja patientens egenvård?

Metoden som användes var litteraturstudie. Sökorden som användes i databaserna var specifika och resulterade i relevanta artiklar som svarade på frågeställningarna och syfte. Även de artiklar som söktes manuellt belyser problemen och svarar mot syftet. De analyserade artiklarna bygger på empiriska studier, där patienter med hjärtsvikt ingått, såväl kvalitativa som kvantitativa. De kvalitativa artiklarna med intervjufrågor till patienter som finns med i arbetet, lyfter fram hur patienterna upplever sin situation och svarar mot syftet. De artiklar som ej fanns tillgängliga i högskolans bibliotek valdes bort, men resultatet kan ändå anses relevant på grund av det stora antalet likheter i de artiklar som ingår i studien.

Litteraturen analyserades systematiskt utifrån frågeställningarna var för sig och likheter och skillnader i texten markerades. I litteraturen efterfrågades först problem i dagligt liv. Sedan lästes artiklarna igenom en gång till för att ta reda på vilka egenvårdsstrategier som användes. Slutligen analyserades artiklarna för att få reda på sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Det som hade samma meningsinnehåll fördes samman under lämplig rubrik.

Resultatet visade att problem med oro, ångest och rädsla förekom ofta och att problem med andnöd och trötthet är ett stort problem. Av litteraturen som använts i bakgrunden framgår inte det stora problemet med oro, ångest och rädsla som studieresultatet visar på. Däremot beskrivs de fysiska symtomen och de bekräftas av patienterna i resultatet. I egenvårdsråden som ges till patienterna betonas att patienterna måste lära sig att lyssna på sin kropp för att lära sig att känna igen symtomen vid försämring. Det ges även många praktiska tips för att minska andnöd, bensvullnad och muntorrhet, men stöd och anhöriga omnämns inte. I mitt resultat beskriver många patienter den stora tryggheten med att ha någon närstående och att känna tillit. Det kan kopplas till den första frågeställningens resultat i fråga om ångest, oro och rädsla och man kan se varför den gruppen blev så stor. Många patienter beskrev egenvårdsstrategier för att lindra symtom som t ex att anpassa sin läkemedelsbehandling, ändra aktivitetsnivå och utföra egenkontroller. Den sista frågeställningen var hur sjuksköterskan kan hjälpa patienten i sin egenvård. Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför beskrivs i SOSFS 1993:17 som stöd, samordning, planering information rådgivning och vägledning. I Hälso och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) står bland annat att patienterna har rätt till information om sjukdom, diagnos och behandling, vidare står att informationen skall vara individuellt anpassad. Arbetet skall utföras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531) och skall utföras och genomföras i samråd med patienten. Orem (2001) menar att målsättningen med omvårdnaden är att individen av egen kraft eller med hjälp av andra skall få sina terapeutiska egenvårdskrav tillgodosedda. Vid obalans mellan



egenvårdskapacitet och terapeutiska egenvårdskrav orsakar det brister i egenvården. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa till att kompensera denna obalans. Utifrån patientens kapacitet går sjuksköterskan in och stöttar. Alltifrån att helt kompensera, sjuksköterskan gör då allt, till att bara stödja eller undervisa patienten, då patienten själv utför sin egenvård. I de elva artiklar som analyserades beskriver sju artiklar sjuksköterskans stödjande och undervisande funktion. Sjuksköterskan kan öka patientens följsamhet genom ett vänligt bemötande, att skapa trygghet och ge klar och relevant information. Följsamheten ökar om man stärker patientens sociala stöd. Därför är det viktigt att de anhöriga deltar och får samma information. Patienter som har accepterat sin livssituation väljer annorlunda strategier, och försöker finna sätt där sjukdomen har minsta möjliga påverkan på sin livsföring. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patientens beskrivning av upplevd sjukdom för att kunna stödja patienten och lindra sjukdomskänslan. Patienten och anhöriga behöver mycket information om sjukdomen, behandlingen samt konsekvenserna i det dagliga livet. Tidigt ingripande och egenvårdsutbildning minskar återfallsfrekvensen. Trots utbildning och stöd har fortfarande många patienter brister i egenvårdsförmågan. Resultatet visar att ytterligare insatser behövs vad gäller information och utbildning men även långsiktig uppföljning. Symtomlindrande interventioner som sjuksköterskan kan göra inriktar sig på att lindra de symtom som är direkta konsekvenser av hjärtsvikten men även problem från behandlingen. Där är det viktigt att sjuksköterskan informerar om biverkningar av olika läkemedel. Utbildning till patienter och anhöriga kräver att sjuksköterskan har goda kunskaper inom området.

Under de senaste åren har det skett en del förändringar i vården till hjärtsviktspatienter. I en undersökning gjord av Strömberg et al. (2000) visar det sig att det finns hjärtsviktssjuksköterskor och sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar på två tredjedelar av de svenska sjukhusen. Patienterna får både muntlig och skriftlig information på de flesta

sjukhusen. Särskilda omvårdnadsplaner för patienter med hjärtsvikt finns på 48 % av sjukhusen, samma sjukhus hade organiserat samarbete med primärvården.

Det jag blev mest förvånad över är de stora problem hjärtsviktspatienterna har i sitt dagliga liv. Sjukdomen gör att patienten begränsas i sin dagliga livsföring. Sådant som friska människor ser som självklara saker, som att bädda sängen eller att böja sig ner, kan vara ytterst påfrestande för en patient med hjärtsvikt. Genom att ständigt vara beroende av andra människor ger känslan av att vara en börda för omgivningen och att man skapar oro. Vid försämring av hjärtsvikten kommer symtomen fort. Patienterna har svårt att uppfatta de små signalerna med tecken på försämring och förloppet leder snabbt till livsavgörande symptom med andnöd som kräver akutvård. Svårigheten för patienterna är att hitta rätt balans, vad gäller såväl aktivitet- vila som diuretikabehandling. Ett viktigt resultat som kom fram är hur sjuksköterskan i mötet med patienten kan påverka behandlingsresultatet. Den lyhördhet som måste till för att en dialog mellan patienten och sjuksköterskan skall kunna skapas. Sjuksköterskan måste ta sig tid och lyssna på vad patienten har att säga för att kunna hjälpa och stödja på rätt nivå.

De resultat som framkommit i studien kan användas för att utarbeta ett interventionsprogram. Genom att använda sig av Orems egenvårdsmodell kan sjuksköterskan utifrån patientens situation tillämpa olika former av assistans och på så sätt hjälpa patienten att finna balans och på så sätt öka följsamheten. Utbildning till patienter och anhörig kräver att sjuksköterskan har goda kunskaper inom området. Det finns ingen specialistutbildning till hjärtsviktssköterska, endast fortbildning som består av kortare kurser. Eftersom detta är ett stort problem både för de drabbade patienterna och för samhället i övrigt tycker jag att detta är ett område som borde lyftas fram lite mer.

## REFERENSER

- Banko, D. (2001). Egenvård vid hjärtsvikt. *Sjukskötersketidningen*. 16(1); 20-1.
- Bennett S.J., Cordes D.K., Westmoreland G., Castro R., Donnelly E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*. 49(3); 139-145.
- Broström A., Strömberg A. (1997). Kompliance vid kronisk hjärtsvikt, En kvalitativ analys. Institutionen för medicin och omvårdnad. Linköping: Hälsouniversitetet i Linköping.
- Dahlström U., Johansson G. (1997). Apoteksbolaget AB. Malmö: Förlagshuset Nordens Grafiska AB.
- Ekman I., Ehnfors M., Norberg A. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14: 130-136.
- Erhardt, L., Caidalh, K., Eriksson, H., Persson, H., & Sylven, C. (1994). *Hjärtsvikt*. En rapport från socialstyrelsens medicinska rådsgrupp för hjärt och kärlsjukdomar och expertgruppen för kardiologi. Sos-rapport 1994:3. Stockholm: Socialstyrelsen, Liber.
- Fridlund, B. (1998). *Kardiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedlund, B., Åkerlind, I., Dahlström, G., Caesar, Y. (2000). Bättre liv med sviktmottagning *Vårdfacket*, 24 (7); 48-51.
- Israelsson, B., Wroblewski, M., Ilestam, G. (1998). Goda resultat av satsning på hjärtsviktsvården i Malmö. *Läkartidningen* 95 (23); 2702-2706.
- Jaarsma T., Abu-Saad H., Halfens R., Dracup K. (1997). Maintaining the balance- nursing care of patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing Studies*. 34(3); 213-221.

- Jaarsma T., Abu-Saad H., Halfens R., Dracup K. (2000). Self-care behaviour of patients with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14: 112-119.
- Mårtensson J., Karlsson J-E., Fridlund B. (1997). Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. *Journal of Advanced Nursing*. 25: 579-586.
- Mårtensson J., Karlsson J-E., Fridlund B. (1998). Female patients with congestive heart failure: how they conceive their life situation. *Journal of Advanced Nursing*. 28(6); 1216-1224.
- Nilsson, T. (1999). *Utveckling av vårdprocessen. Patienter med hjärtsvikt: ett projekt i samarbete med hjärtsviktsgruppen i Västervik*. Stockholm: Sprit
- Olsson, R. (1996). *Invärtes medicin för sjuksköterskor*. Stockholm: Liber.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St Louis: Mosby Year Book.
- Persson J., Hansen L. (1999). Sjuksköterskans interventiva arbete. *Sjukskötersketidningen*. 5: 134-141.
- SFS. (1982) Hälso- och Sjukvårdslagen. Allmän Sjukvårdslagstiftning. *Svensk Författningssamling*, 1982:763. 2a 2b Stockholm: Allmänna Förlaget.
- SFS. (1998) Hälso- och sjukvårdspersonal. Allmänna skyldigheter. *Svensk Författningssamling* 1998:531 §1 §2. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- SOSFS. (1993) Socialstyrelsens allmänna råd (1993:17) i omvårdnad Socialstyrelsens författningssamling.
- Spross, Å. (1997). Fungerande vårdkedjor krävs för att ge bra behandling. *Kvartalsskrift Hjärt-lungfonden* 3, 21-23. Stockholm: Hjärt-lungfonden.
- Strömberg A., Ahlén H., Fridlund B., Dahlström U. (2001a). Interactive education on CD-ROM - a new tool in the education of heart failure patients. *Patient Education and Counseling*. 1511:1-9.

Strömberg A., Broström A., Dahlström U., Fridlund B. (2001b). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart & Lung*. 28:334-341.

Strömberg A., Mårtensson J., Fridlund B., Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure*. 3: 139-144. Wallskär, H. (1997). Sjuksköterskor har en nyckelroll som utbildare av patienterna. *Kvartalsskrift Hjärt-lungfonden*. 3, 24-26. Stockholm: Hjärt-lungfonden.

Wallskär, H. (1997). Hjärtsviktsmottagning på vårdcentral. *Kvartalsskrift Hjärt-lungfonden*. 3, 27-29. Stockholm: Hjärt-lungfonden.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)